

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos
Psicológicos II (Psicología Diferencial y del Trabajo)**



TESIS DOCTORAL

**Influencias de género en factores de vulnerabilidad cognitiva y salud
psicológica en mujeres adultas**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Marta Alicia Giménez Páez

Directora

Marta Evelia Aparicio García

Madrid, 2018



Marta Alicia Giménez Páez
Tesis Doctoral



Influencias de género en factores de vulnerabilidad cognitiva y salud psicológica en mujeres adultas



Programa de Doctorado: Mujeres y Salud
Departamento de Personalidad, Evaluación
y Tratamientos Psicológicos II
(Psicología Diferencial y del Trabajo)

Dirigido por Dra. Marta Evelia Aparicio García
Universidad Complutense de Madrid (Psicología)



Madrid, 2017

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Influencias de género en factores de vulnerabilidad cognitiva y
salud psicológica en mujeres adultas

Memoria para optar al grado de Doctora

Presentada por:

Marta Alicia Giménez Páez

Bajo la dirección de la Dra. Marta Evelia Aparicio García

Universidad Complutense de Madrid

Madrid, 2017

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos II

(Psicología Diferencial y del Trabajo)



Influencias de género en factores de vulnerabilidad cognitiva y salud psicológica
en mujeres adultas

Tesis Doctoral

Autora: Marta Alicia Giménez Páez

Programa de Doctorado: Mujeres y Salud

Madrid, 2017

En memoria de mi madre que brilla e ilumina más allá,

A mi padre por su presencia serena y espíritu soñador

AGRADECIMIENTOS

A lo largo de todo este recorrido, muchas son las personas que han contribuido de distintas y variadas formas a que forjar este proyecto: mi gran agradecimiento a todas y cada una de ellas.

A mi directora de tesis, Dra. Marta E. Aparicio, le agradezco su confianza, orientación y su presencia todo a lo largo de las distintas etapas de trabajo. Ha sido un honor crecer y perseverar en este proceso de aprendizaje y los límites del tiempo. Muchas gracias.

A mis queridas compañeras y compañeros de trabajo en Área Humana, muchas gracias por vuestra colaboración en todos y cada uno de los momentos del proceso de este proceso: Julia, Martiña, Jose, Valentín, Mariola, Patri, Fe y Cristina. Es un lujo compartir, crear y crecer con vosotras/os. A Valentín, por su tiempo y dedicación para captar las ideas que este trabajo de investigación presenta y transformarlo en una imagen. Muchísimas gracias.

En especial agradecer a todas y cada una de las participantes de este estudio, que de manera desinteresada y voluntariamente, destinaron tiempo para responder y compartir sus experiencias que forman parte de esta investigación. Muchas gracias.

A la Dra. Pilar Sánchez López, por su apoyo dentro de la Red Hygeia, por invitarnos a difundir nuestra experiencia en incorporar la perspectiva de género en nuestro Centro de Psicología, por las colaboraciones que surgen en distintos ámbitos de la psicológica y el género. Muchas gracias

Al Dr. Juan Ramos Cejudo por animarme transitar este camino. Al Dr. Juan Francisco Díaz Morales por su mirada clara al final del laberinto. Muchas gracias.

A mis compañeros de Idealoga, en especial a Diego y Charo, por su apoyo e implicación en recoger datos dentro del contexto de empresa, a la Dra. Silvia Sarroca por facilitar la recolección de datos en los distintos centros del grupo empresarial. Gracias.

A todas y cada una de las mujeres que accedieron a cumplimentar los cuestionarios, destinando tiempo del que no sobra a colaborar de manera desinteresada y voluntaria en este proyecto, sin ellas nada de esto hubiese sido posible. Muchas gracias.

A mis compañeras y amigas del Master Mujeres y Salud, a todas ellas y en especial a Paloma y Pamela, que me animaron a iniciar este camino con el espíritu aventurero y alegría que les caracteriza. Muchas gracias

A mis amigas y amigos por colaborar y apoyarme en cada momento de la vida, y por supuesto, en este que ha supuesto más ausencia y a pesar de ello, allí están deseando celebrar la vida. ¡Muchas gracias por vuestra paciencia!

A la familia kasagrandiana, por vuestros nutricios cuidados y todo lo demás. Muchas gracias, la vida ha sido más amable en vuestra compañía.

En especial agradecer a mi hermana Nancy por los cuidados a nuestro padre, por encargarse de que todo siga fluyendo y facilitarme poder concluir este trabajo. ¡Gracias por todo y más!

A mi padre por su amable escucha, sus consejos y sus esfuerzos por conquistar cada día su bienestar y calma, porque su espíritu me inspira y junto con mi madre han contribuido mi desarrollo y mi energía. ¡Gracias por todo, por la vida y el amor!

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Índice de tablas	xiv
Resumen en español	1
Resumen en inglés	4

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

1.1. Justificación de la investigación	7
1.2. Presentación general del trabajo	8

CAPÍTULO 2. APROXIMACIÓN AL ESTUDIO DEL GÉNERO

2.1. Definición	11
2.2. Roles, estereotipos e identidad de género	12
2.3. El estudio del género en psicología	15
2.4. Normas y roles de género femeninos	17
2.5. La medida del género	21

CAPÍTULO 3. SALUD PSICOLÓGICA Y EMOCIONES

3.1. Salud psicológica, bienestar subjetivo y ajuste psicológico	27
3.2. Conceptualización de emoción	28
3.2.1. Aproximación a teorías cognitivas de la emoción	30
3.2.2. Ansiedad	33
3.2.3. Tristeza	34
3.3. Diferencias de género en salud psicológica	36
3.3.1. Datos epidemiológicos	37
3.3.2. Emociones y género	39
3.3.2.1. Socialización emocional diferencial	39
3.3.2.2. Estereotipos de género y emociones	42

CAPÍTULO 4. PERCEPCIÓN DE ESTRÉS

4.1. Principales concepciones y modelos de estrés	49
4.1.1 Enfoque psicosocial	49
4.1.2. Síndrome general de adaptación	50
4.1.3. Modelo transaccional y procesual	51
4.2. Percepción subjetiva de estrés	53

4.2.1. Factores sociales y personales asociados a percepción subjetiva de estrés	54
4. 3. Estrategias de afrontamiento	57
4.3.1. Modelos de afrontamiento	57
4.4. Roles de género femeninos y estrés	60

CAPÍTULO 5. REGULACIÓN EMOCIONAL

5.1. Aproximación al estudio de la regulación emocional	70
5.1.1. Modelos de regulación emocional	72
5.1.1.1. Modelo de regulación emocional de Gross	72
5.1.1.2. Modelo cibernético de regulación del estado de ánimo	73
5.1.1.3. Modelo de regulación del estado de ánimo basado en adaptación social	74
5.1.1.4. Modelo homeostático	74
5.1.2. Estrategias de regulación emocional	75
5.1.3. Variables moduladoras y eficiencia de las estrategias de regulación emocional	78
5.2. Habilidades emocionales: atención, comprensión y regulación emocional	79
5.3. Habilidades y estrategias emocionales frecuentes en mujeres	83

CAPÍTULO 6. FACTORES DE VULNERABILIDAD COGNITIVO-EMOCIONALES

6.1. Vulnerabilidad psicológica diátesis- estrés	91
6.1.1. Definición	92
6.1.2. Teorías cognitivas	93
6.1.3. Modelo de esquemas de Beck	94
6.1.3.1. Esquemas cognitivos	95
6.1.3.2. Actitudes y creencias disfuncionales	100
6.1.3.3. Influencias en el procesamiento emocional	102
6.2. Influencia de las emociones en la cognición	103
6.2.1. Teorías sobre influencia emoción-cognición	104
6.2.2. Modelos de vulnerabilidad emocional.	107
6.3. Diferencias de género en factores de vulnerabilidad cognitivo-emocional	109

CAPÍTULO 7. RUMIACIÓN

7.1. La rumiación como factor de vulnerabilidad cognitiva	117
7.1.1. Definición	118
7.1.2. Influencia de la rumiación en la experiencia emocional	121
7.1.3. Pensamientos repetitivos: similitudes y diferencias	125
7.2. Rumiación como factor transdiagnóstico	128

7.3. Diferencias sexo/género en rumiación	130
---	-----

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

CAPÍTULO 8. MÉTODO

8.1. Objetivo e hipótesis	139
8.2. Participantes	141
8.3. Variables e Instrumentos	141
8.3.1. Variables sociodemográficas.	142
8.3.2. Conformidad con normas de género femeninas.	142
8.3.3. Salud psicológica autopercebida	143
8.3.4. Percepción subjetiva estrés	144
8.3.5. Creencias y actitudes disfuncionales	145
8.3.6. Inteligencia emocional autopercebida	147
8.3.7. Respuestas rumiativas	148
8.3.8. Creencias sobre preocupación	148
8.4. Procedimiento	150
8.4.1. Descripción del diseño y tipo de muestra	150
8.4.2. Permisos solicitados	150
8.4.3. Cuestionario de recogida de datos	150
8.4.4. Criterios de inclusión	151
8.4.5. Recogida de datos	152
8.5. Análisis de datos	152

CAPÍTULO 9. RESULTADOS

9.1. Análisis descriptivo	157
9.1.1. Características sociodemográficas	157
9.1.2. Variable género	159
9.1.3. Variable salud psicológica autopercebida	159
9.1.4. Variable percepción de estrés	160
9.1.5. Variable creencias y actitudes disfuncionales	161
9.1.6. Variable inteligencia emocional autopercebida	161
9.1.7. Variable respuestas rumiativas	162
9.1.8. Variable creencias sobre preocupación	162
9.2. Estudio de relaciones entre variables sociodemográficas y variables de estudio	163

9.2.1. Edad	163
9.2.2. Estado civil	164
9.2.3. Familiares a cargo	166
9.2.4. Nivel de estudios	167
9.2.5. Nivel de ingresos	167
9.2.6. Tipo de trabajo	168
9.2.7. Situación laboral	168
9.2.8. Entorno de procedencia	169
9.2.8.1. Diferencias en conformidad con normas de género femeninas	169
9.2.8.2. Diferencias en salud psicológica autopercebida	170
9.2.8.3. Diferencias en percepción subjetiva de estrés	170
9.2.8.4. Diferencias en creencias disfuncionales, rumiación, preocupación y componentes de inteligencia emocional autopercebida.	170
9.3. Objetivo: Analizar las relaciones entre conformidad con normas de género y variables de salud psicológica y cognitivo-emocionales.	173
9.3.1. Hipótesis 1. Relaciones entre variables cognitivas y salud psicológica	173
9.3.2. Hipótesis 2. Relaciones entre género y variables cognitivas y salud psicológica	175
9.3.3. Hipótesis 3. Relaciones entre normas de género y salud psicológica	176
9.3.4. Hipótesis 4. Relaciones entre normas de género y percepción de estrés.	181
9.3.5. Hipótesis 5. Relaciones entre normas de género y creencias disfuncionales	182
9.3.6. Hipótesis 6. Relaciones entre normas de género y habilidades emocionales	187
9.3.7. Hipótesis 7. Relaciones entre normas de género y respuestas rumiativas	191
9.3.8. Hipótesis 8. Relaciones entre normas de género y creencias sobre preocupación	193
 CAPÍTULO 10. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	
10. Discusión y conclusiones	199
10.1. Relaciones entre variables sociodemográficas, cognitivas, emocionales, salud y género	199
10.1.1. Conformidad con normas de género	199
10.1.2. Salud psicológica y percepción de estrés	201
10.1.3. Aprobación, reflexión rumiativa y regulación emocional	202
10.2. Relaciones entre conformidad con normas de género femeninas y variables de salud psicológica y cognitivo-emocionales	203
10.3. Conclusiones generales	213
10.4. Limitaciones y perspectivas futuras	217
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	223
ANEXOS	275

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 8.1	Relación de variables e instrumentos de medida	141
Tabla 8.2	Categorías y variables sociodemográficas	142
Tabla 8.3	Descripción de las subescalas del Inventario de Conformidad con Normas de Género Femeninas (CFNI)	143
Tabla 8.4.	Descripción de factores del Cuestionario General de Salud (GHQ-12)	144
Tabla 8.5	Descripción de la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS)	146
Tabla 8.6	Interpretación de puntuaciones para la Escala de Meta Estados de Ánimo (TMMS-24)	147
Tabla 8.7	Descripción del cuestionario ¿Por qué preocuparse? (¿PP?)	149
Tabla 9.1.1	Distribución de frecuencias de características sociodemográficas	158
Tabla 9.1.2	Estadísticos descriptivos del Inventario de Conformidad con Normas de Género Femeninas (CFNI)	159
Tabla 9.1.3	Estadísticos descriptivos del Cuestionario de Salud General (GHQ-12)	160
Tabla 9.1.4	Estadísticos descriptivos de la Escala de Percepción de Estrés (PSE)	160
Tabla 9.1.5	Estadísticos descriptivos de la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS)	161
Tabla 9.1.6	Estadísticos descriptivos de la Escala Rasgo Meta Estado de Ánimo (TMMS-24)	161
Tabla 9.1.7	Estadísticos descriptivos de la Escala de Respuestas Rumiativas (RRS)	162
Tabla 9.1.8	Estadísticos descriptivos de la escala ¿Por qué preocuparse? (¿PP?)	163
Tabla 9.2.1	Correlaciones entre Edad y Conformidad con Normas de Género Femeninas (CFNI)	164
Tabla 9.2.2	Análisis de varianza entre Estado civil y Conformidad con las Normas de Género Femeninas (CFNI)	165
Tabla 9.2.3	Análisis de varianza entre familiares a su cargo y Conformidad con las Normas de Género Femeninas (CFNI)	166
Tabla 9.2.4	Estadísticos de contraste de medias en Conformidad con las Normas de Género Femeninas (CFNI) por contexto de procedencia	169
Tabla 9.2.5	Diferencias de medias en el Cuestionario de Salud General (GHQ-12) en función del contexto de procedencia	
Tabla 9.2.6	Estadísticos de contraste de medias en la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) por contexto de procedencia	171
Tabla 9.2.7	Estadísticos de contraste de media en la Escala de Meta Estados de Ánimo (TMMS-24) por contexto de procedencia	171

Tabla 9.2.8	Estadísticos de contraste de medias para la Escala de Respuestas Rumiativas (RRS) por contexto de procedencia	172
Tabla 9.2.9	Estadísticos de contraste de medias para la escala ¿Por Qué Preocuparse? (¿PP?) por contexto de procedencia	172
Tabla 9.3.1	Matriz de correlaciones entre Cuestionario de Salud General, Percepción Subjetiva de Estrés, Creencias Disfuncionales, Por Qué Preocuparse y Respuestas Rumiativas	174
Tabla 9.3.1	Análisis de regresión lineal múltiple por pasos sucesivos para Cuestionario de Salud General, Percepción Subjetiva de estrés, Respuestas Rumiativas, Creencias Disfuncionales y Por qué Preocuparse	174
Tabla 9.3.3	Matriz de correlaciones entre Conformidad con las Normas de Género Femeninas, Cuestionario de Salud General, Percepción Subjetiva de Estrés, Respuestas Rumiativas, Creencias Disfuncionales, Por Qué Preocuparse y Atención Emocional	175
Tabla 9.3.4	Análisis de regresión lineal simple entre Conformidad con las Normas de Género Femeninas, Cuestionario de Salud General, Percepción Subjetiva de Estrés, Respuestas Rumiativas, Creencias Disfuncionales y Por Qué Preocuparse	176
Tabla 9.3.5	Matriz de correlaciones entre Conformidad con las Normas de Género Femeninas, Cuestionario de Salud General y Preocupación Subjetiva de Estrés	178
Tabla 9.3.6	Análisis de regresión lineal múltiple por pasos sucesivos para Conformidad con las Normas de Género Femeninas y Cuestionario de Salud General	179
Tabla 9.3.7	Análisis de regresión lineal múltiple por pasos sucesivos para Percepción Subjetiva de Estrés y Conformidad con Normas de Género Femeninas	181
Tabla 9.3.8	Matriz de correlaciones entre Conformidad con las Normas de Género Femeninas y la Escala de Actitudes disfuncionales	183
Tabla 9.3.9	Análisis de regresión lineal múltiple (pasos sucesivos) entre las subescalas de Conformidad con las Normas de Género Femeninas y la Escala de Actitudes Disfuncionales	184
Tabla 9.3.10	Matriz de correlaciones entre Conformidad con las Normas de Género Femeninas e Inteligencia Emocional	188

Tabla 9.3.11	Análisis de regresión lineal múltiple por pasos sucesivos entre Conformidad con Normas de Género Femeninas y Escala de Meta Estados de Ánimo	189
Tabla 9.3.12	Matriz de correlaciones entre Conformidad con las Normas de Género Femeninas y Respuestas Rumiativas	
Tabla 9.3.13	Análisis de regresión lineal múltiple por pasos sucesivos entre Conformidad con las Normas de Género Femeninas y Respuestas Rumiativas	192
Tabla 9.3.14	Matriz de correlaciones entre Conformidad con las Normas de Género Femeninas y Creencias sobre Preocupación	193
Tabla 9.3.15	Análisis de regresión lineal múltiple por pasos sucesivos entre Conformidad con las Normas de Género Femeninas y Creencias sobre Preocupación	194

RESUMEN

Título: Influencias de género en factores de vulnerabilidad cognitiva y salud psicológica en mujeres adultas.

Introducción:

Estudios epidemiológicos internacionales (Piccinelli & Wilkinson, 2000; Kessler et al., 1994; 2003; 2005; King et al., 2008; WHO, 2000; 2009) y nacionales (Bones-Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell, & Obiols, 2010; Grandes et al., 2011) encuentran sistemáticamente una prevalencia diferencial en trastornos mentales específicos entre hombres y mujeres, siendo más frecuentes los trastornos depresivos y de ansiedad en mujeres (Eaton, Krueger, Balsis, Skodol, Markon & Hasin, 2012; EU-WMH, 2012). Entre los factores de vulnerabilidad en mujeres destacan los roles de género en la sociedad, los eventos estresantes y la mayor tendencia a utilizar estrategias de afrontamiento rumiativas (Accortt, Freeman & Allen, 2008; Hyde, Mezulis & Abramson, 2008).

Diversos factores asociados al género (roles, normas y estereotipos) contribuyen a las diferencias en estrategias cognitivas de regulación emocional y afrontamiento de estrés. El género constituye una variable cognitiva moduladora de procesos intelectivos y emocionales relevantes en los procesos de autovaloración y ajuste psicológico, físico y social de las personas (Barberá, 1998; García-Mina, 2000; Martínez Benlloch, 2007).

La orientación hacia las emociones y lo interpersonal, aspectos asociados tradicionalmente a las mujeres, pueden contribuir a creencias y actitudes disfuncionales generadoras de vulnerabilidad ante eventos estresantes o experiencias negativas interpersonales, incrementando la vulnerabilidad para desarrollar síntomas ansioso-depresivos y mayor percepción de estrés (Beck, 1987).

Experimentar altos niveles de estrés, mayor número de eventos estresantes, tensión crónica y bajo apoyo social, con baja percepción de control, son factores que incrementan respuestas rumiativas (Nolen-Hoeksema & Jackson, 2001), exacerbando y prolongando el malestar a través de procesos atencionales, sesgos de memoria, atribuciones, razonamiento y pensamientos implicados en modelos cognitivos de vulnerabilidad (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Beck, 1987) y el estrés (Lazarus & Folkman, 1984).

Por tanto, avanzar en la identificación variables cognitivas asociadas a la conformidad con normas de género femeninas que contribuyan a una mejor comprensión de los factores que interfieren en las experiencias emocionales displacenteras y percepción de estrés en las mujeres, es de gran importancia,

teniendo en cuenta el reconocimiento actual de la importancia que tienen las estrategias de afrontamiento y regulación emocional en la salud psicológica (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010; Aldao, 2013; Brown & Barlow, 2009; Cano-Vindel, 2011; Gross, 2007; Watson, Clark & Stasik, 2011).

Objetivo

El objetivo de este trabajo es analizar las relaciones entre la conformidad con las normas de género femeninas y variables cognitivas, emocionales y de salud psicológica, identificadas en la revisión de la literatura especializada.

Método

El diseño de la investigación es no experimental, de corte transversal y descriptivo-correlacional, en el participaron 237 mujeres adultas de población general que habitualmente trabajan fuera del hogar, con edades comprendidas entre 19 y 63 años ($M= 38.7$ años; $DT= 9.1$). El 39.7% de las participantes trabaja en el contexto un grupo empresarial multinacional ($n=94$), mientras que el 60.3% son externas a este contexto laboral ($n =143$). Todas las participantes residen en España, siendo en su mayoría europeas (92.8%), de las cuales el 87.8 % son españolas.

Las variables sociodemográficas consideradas fueron: el país de procedencia, edad, estado civil o situación de pareja, familiares a cargo (hijos/as y familiares mayores), nivel de estudios, nivel de ingresos anuales (en euros), situación laboral, tipo de jornada, tipo de trabajo realizadas y contexto de procedencia laboral (empresa multinacional y ajenas a este contexto).

Las técnicas estadísticas utilizadas para estudiar las relaciones fueron correlaciones de Pearson, t de Student, análisis de varianza (ANOVA) y análisis de regresión lineal múltiple por pasos sucesivos.

Resultados

Las variables sociodemográficas que mostraron relaciones positivas con la conformidad de género femeninas (CFNI) fueron: edad, estado civil o situación de pareja, tener o no hijos/as a su cargo, tipo de trabajo realizado y contexto de procedencia.

Las mujeres que trabajan en la empresa multinacional, puntuaron más alto en CFNI total, Doméstica, Modestia, Fidelidad y Delgadez; salud psicológica autopercebida y percepción de estrés. No se encontraron diferencias respecto a las variables cognitivas y emocionales respecto a las mujeres ajenas a este contexto laboral.

La salud psicológica autopercebida se relaciona y es predicha por mayores puntuaciones en percepción subjetiva de estrés y rumiación, si bien se relaciona de manera significativa con creencias disfuncionales y creencias sobre preocupación. La conformidad con normas de género femeninas (CFNI-Total) contribuyen a explicar la varianza de las puntuaciones totales de salud psicológica, cognitivas y emocionales consideradas.

Delgadez explica las influencias en todas y cada una de las variables y aspectos analizados. Modestia y Amabilidad también influyen en la mayoría de las variables estudiadas, si bien se observan distintos patrones de relaciones especialmente en lo referente a creencias disfuncionales.

Conclusiones

En base a los resultados obtenidos y considerando la naturaleza correlacional y transversal del diseño, así como limitaciones que afectan a la generalización de los resultados a la población de referencia, se puede afirmar que la conformidad con normas de género femeninas influye en factores cognitivos de vulnerabilidad (creencias disfuncionales y creencias sobre los beneficios de la preocupación y rumiación) contribuyendo a mayor percepción de estrés y peor salud psicológica.

Principalmente, la conformidad con las normas de género femeninas Delgadez, Amabilidad y Modestia aglutinan gran parte de los efectos perjudiciales, asociados a creencias disfuncionales, preocupación, percepción subjetiva estrés (percepción de incontrolabilidad, impredecibilidad y sobrecarga), rumiación y por tanto contribuyen a peor salud psicológica autopercebida.

Palabras clave: *conformidad con normas de género femeninas, vulnerabilidad cognitiva, creencias disfuncionales, preocupación, rumiación, estrés, salud psicológica.*

ABSTRACT

Title: Gender influences on factors of cognitive vulnerability and psychological health in adult women.

Introduction:

International (Piccinelli & Wilkinson, 2000; Kessler et al., 1994; 2003; 2005; King et al., 2008; WHO, 2000; 2009) and national (Bones-Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell, & Obiols, 2010; Grandes et al., 2011) epidemiological studies have systematically found a differential prevalence between men and women in specific mental disorders, such as mood and anxiety disorders that are more common in women (Eaton, Krueger, Balsis, Skodol, Markon & Hasin, 2012; EU-WMH, 2012). In this sense, society gender roles, stressful events, and the greater tendency to use ruminative coping strategies represent an important vulnerability factor for women (Accortt, Freeman & Allen, 2008; Hyde, Mezulis & Abramson, 2008).

Several factors associated with gender (roles, norms, and stereotypes) contribute to the differences in stress coping mechanisms and emotion regulation cognitive strategies. Gender has been shown to be a cognitive modulating variable of the emotional and intellectual processes involved in one's self-appraisal and social, physical, and psychological adjustment (Barberá, 1998; García-Mina, 2000; Martínez Benlloch, 2007).

Interpersonal and emotional aspects that have been traditionally associated with women can contribute to dysfunctional attitudes and beliefs that may intensify their vulnerability to stressful events or negative interpersonal experiences and increase the probability of suffering anxiety and depressive symptoms (Beck, 1987).

High levels of perceived stress, a greater number of stressful events, chronic stress, and poor social support, with low levels of perceived control tend to increase rumination (Nolen-Hoeksema & Jackson, 2001). This can aggravate and extend the level of discomfort through attentional processes, memory biases, attributions, reasoning, and thoughts involved in vulnerability cognitive models (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Beck, 1987) and stress (Lazarus & Folkman, 1984).

Thus, it is of great importance to identify the cognitive variables present in conformity to gender norms in females in order to understand the factors involved in negative emotional experiences and perceived stress in women due to the effect that coping strategies and emotion regulation have on psychological well-being (Aldao, 2013; Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010; Brown & Barlow, 2009; Cano-Vindel, 2011; Gross, 2007; Watson, Clark & Stasik, 2011).

Aims

The objective of this research is to analyze the relationship between conformity to feminine gender norms and cognitive, emotional, and psychological well-being variables that have been identified in specialized scientific literature reviews.

Method

This is a descriptive-correlational, cross-sectional, non-experimental research design. Two hundred thirty-seven women of general population, aged 19 to 63 years ($M = 38.7$ years; $SD = 9.1$), who generally worked outside the home, have participated in the study. A total of 39.7% of participants, were working in the context of a multinational Company, ($n = 94$); the remaining 60.3% were recruited from external to this labor context ($n = 143$). All participants lived in Spain, the majority being European (92.8%), and 87.8% Spanish.

The socio-demographic variables under study were country of birth, age, marital status, number of children or dependents, household composition, highest level of education completed, household income (in euros), status and occupation in employment, working hours and context of labor origin (multinational company and outside this context).

The statistical techniques applied to study the relationships were Pearson correlations, Student's t-tests and analyses of variance (ANOVA), multiple linear regression analysis stepwise.

Results

There was a positive relationship between the following socio-demographic variables and conformity with feminine gender norms (CFNI): age, marital status, number of children or dependents, type of employment and context of work origin.

The group of women working at the multinational Company obtained higher scores, firstly, in conformity to feminine gender norms in several scales (Total, Domestic, Modesty, Sexual Fidelity, and Thinness); secondly, in self-perceived psychological health and, thirdly, in terms of perceived stress.

Self-perceived psychological health is related and predicted by higher scores on subjective perception of stress and rumination, although it is significantly related to dysfunctional beliefs and beliefs about concern. Conformity with to feminine gender norms (CFNI-Total) contributes to explain the variance of the total psychological health, cognitive and emotional scores considered.

Thinness explains the influences on each and every one of the analyzed variables and aspects. Modesty and Nice in the relationships also influence most of the variables studied, although different patterns of relationships are observed, especially regarding dysfunctional beliefs.

Conclusions

Based on the results obtained and considering the correlational and transversal nature of the design, as well as limitations that affect the generalization of the results to the reference population, it can be affirmed that conformity to feminine gender norms influences cognitive vulnerability factors (dysfunctional beliefs and beliefs about the benefits of worry and rumination), contributing to greater perceived stress and worse psychological health.

Mainly, the conformity with gender norms female *Thinness*, *Nice in the relationships* and *Modesty* agglutinate much of the detrimental effects associated with dysfunctional beliefs, concerns, subjective perception of stress (perception of uncontrollability, unpredictability, and overload) and rumination, and thus contribute to poorer psychological health in women.

Key words: conformity with feminine gender norms, cognitive vulnerability, dysfunctional beliefs, concern, rumination, stress, psychological health



Marco Teórico

Capítulo 1 Introducción

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

1.1. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION

Estudios epidemiológicos nacionales e internacionales constatan diferencias entre sexos en la morbilidad y perfil psicopatológico en salud mental, lo que ha llevado a considerar la pertenencia al sexo femenino como un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos emocionales.

Entre los factores propuestos, para dar cuenta de estas diferencias, destacan los roles de género en la sociedad, los eventos estresantes y mayor tendencia a la rumiación de las mujeres.

Conocer qué aspectos de la conformidad con normas de género femeninas influyen en el incremento de respuestas emocionales displacenteras, estrés y estrategias de regulación emocional contraproducentes para el bienestar de las mujeres, constituyen objetivos reconocidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) y la Asociación de Psicología Americana (APA, 2007) en cuanto a variables psicosociales que afectan a la calidad de vida de las mujeres y por tanto susceptibles de ser modificadas para disminuir las desigualdades de género.

La incorporación de la perspectiva de género en la psicología clínica aún requiere mayor investigación con el objetivo de formalizar e integrar los conocimientos teóricos procedentes de la investigación psicológica y las necesidades actuales. Aquí es donde se inserta mi interés por este tema.

A nivel clínico, en la práctica cotidiana y debido al mayor porcentaje de mujeres que solicitan asesoramiento psicológico, permite constatar la presencia de determinadas problemáticas muy frecuentes relacionadas con roles y normas de género femeninos, así como estilos, creencias y tendencias a utilizar estrategias de afrontamiento y regulación emocional desadaptativas como son la preocupación y rumiación sobre distintas áreas de funcionamiento actuales en las mujeres que contribuyen al incremento de eventos y situaciones estresantes con impacto en la salud psicológica. Por lo tanto, contribuir a avanzar en el esclarecimiento de las influencias del género, permitiría mejorar las estrategias de intervención psicológica con perspectiva de género con el subsecuente beneficio en la eficacia y eficiencia de las mismas.

El objetivo general de este trabajo es examinar la influencia de la conformidad con normas de género femeninas en factores de vulnerabilidad cognitiva y emocionales, con el objetivo de avanzar en la identificación de factores de vulnerabilidad desde una perspectiva de género que promuevan intervenciones psicológicas y socioeducativas que reduzcan las desigualdades de género en la salud psicológica.

1.2. PRESENTACIÓN GENERAL DEL TRABAJO

El contenido de esta Tesis Doctoral se estructura en dos partes: la primera incluye el Marco Teórico y la segunda la Investigación Empírica. La primera consta de siete capítulos, en la que se incluye la Introducción en la que estamos y que se describen a continuación.

En el capítulo 2 se introducen conceptos generales en torno a la definición y dimensiones relevantes en el estudio del género en psicología, con especial énfasis en los estereotipos, normas y roles de género femeninas, sus implicaciones en la conformación de la identidad de género como aspecto relevante en la identidad personal y la interiorización de rasgos asociados a la feminidad en las mujeres, finalizando con un breve repaso sobre la medida del género. Los factores de género se incorporan de manera transversal a lo largo de los capítulos, incluyendo en cada uno de ellos un apartado específico para ampliar las implicaciones para las mujeres.

En el capítulo 3 se introducen conceptos relacionados con la salud psicológica, implicaciones en el bienestar subjetivo y ajuste psicológico, conceptualización de las emociones, con un breve repaso de las principales teorías cognitivas de las emociones. Posteriormente, se abordan las diferencias de género en salud psicológica, para finalizar con un apartado relativo a las emociones, socialización diferencial y estereotipos de género femeninos.

En el capítulo 4 se abordan las principales concepciones y modelos de estrés, con especial atención al modelo transaccional y procesual del estrés; a continuación, se profundiza sobre los factores relevantes en la percepción subjetiva de estrés; se repasan las principales clasificaciones y estrategias de afrontamiento; y se finaliza con un repaso de las principales propuestas explicativas de la influencia de los roles de género femeninos y estrés.

En el capítulo 5 se introducen los principales conceptos y modelos de regulación emocional, así como las estrategias y variables moduladoras en la eficacia de las mismas. A continuación, se amplían los componentes, habilidades y competencias emocionales que favorecen estilos adaptativos de la regulación de las emociones, conceptos vinculados con la inteligencia emocional, para finalizar con un apartado destinado a describir las principales tendencias y estrategias más frecuentes en mujeres relacionándolas con influencias de roles y normas de género.

En el capítulo 6 se abordan los principales conceptos de vulnerabilidad cognitiva en el marco de diátesis-estrés, para profundizar en la teoría cognitiva y modelo de esquemas de Beck, con énfasis en los esquemas cognitivos, actitudes y creencias emocionales y sus influencias en el procesamiento emocional. Asimismo, se repasan los principales modelos teóricos sobre la

influencia de las emociones en la cognición y modelos de vulnerabilidad emocional, para finalizar con un apartado sobre las diferencias de género en factores de vulnerabilidad cognitiva destacando los relevantes en mujeres.

En el capítulo 7 se profundiza sobre la rumiación como vulnerabilidad cognitiva y como factor transdiagnóstico. Se repasan las principales definiciones propuestas, sus efectos en la experiencia emocional, así como las diferencias y similitudes con otros pensamientos repetitivos negativos, como la preocupación. Para finalizar con un apartado destinado a las diferencias sexo/género en la rumiación.

La segunda parte de este trabajo, la Investigación Empírica, se compone de tres capítulos, que se describen a continuación.

En el capítulo 8 se plantean las hipótesis orientadas a estudiar y explorar las relaciones entre la conformidad con normas de género y variables cognitivas, emocionales y salud psicológica en mujeres adultas, se describen características de las participantes, las variables e instrumentos de medida utilizados, el procedimiento y el análisis de datos realizado.

En el capítulo 9 se describen los resultados del análisis descriptivo en las distintas variables estudiadas, las relaciones entre variables sociodemográficas y las distintas variables de estudio y los resultados del contraste de hipótesis de acuerdo al objetivo de esta investigación.

En el capítulo 10, se comentan y discuten los resultados obtenidos. Para finalizar con las conclusiones generales a las que se llega en esta investigación, la limitaciones observadas y sugerencias para futuras investigaciones.

En la parte final del trabajo se detallan las referencias bibliográficas consultadas para realizar la presente Tesis Doctoral y los anexos correspondientes.

Capítulo 2 Aproximación al estudio del género

CAPÍTULO 2. APROXIMACIÓN AL ESTUDIO DEL GÉNERO

Este capítulo, introduce conceptos generales referentes al estudio del género, con especial énfasis en las normas de género femeninas, que posteriormente, en ampliarán en función de su relevancia a lo largo de los capítulos teóricos que conforman este trabajo y dan origen al objetivo empírico de esta investigación.

2.1. DEFINICIÓN DEL CONCEPTO GÉNERO.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) reserva el uso del término *género* para describir las características de hombres y mujeres basadas en factores sociales, mientras que *sexo* hace referencia a las características que vienen determinadas biológicamente.

Si bien existe un acuerdo generalizado en distinguir el sexo de la realidad del género, la diversidad de teorías y términos asociados, así como las complejas interacciones entre los factores biológicos y socioculturales en su determinación, han dificultado su investigación (Para una revisión véase García-Mina, 2000; Barberá; 1998; Barberá & Cala, 2008; Fernández, 1996).

Sexo, en sentido estricto y desde las aportaciones realizadas por Money (1955, citado por García-Mina, 2000) se refiere a aquellas características biológicas, anatómicas y fisiológicas, que interactúan a distintos niveles y en momentos diferentes del desarrollo sexual de las personas. Estas características cromosómicas, gonadales, hormonales, dimorfismo cerebral y dimorfismo genital, permiten diferenciar a la mujer del hombre y en vinculación con la procreación y sexualidad (Bruehl, 2008; Aguilera, 2007; Fernández, 1996). Aunque algunos/as autores/as han propuesto que también el sexo podría tener componentes de construcción social (Matud, 2008).

La categoría género hace referencia a una realidad compleja que se asienta en el sexo biológico pero que no está directamente determinado por él, dado que intervienen de forma decisiva procesos socioculturales y ambientales (Bosch, Ferrer & Gili, 1999; García-Vega, Fernández-García & Fernández, 2005).

El género como constructo teórico multidimensional alude a los componentes psicosociales y construcciones culturales que se vinculan y atribuyen a cada uno de los sexos. Pero no sólo abarca una serie de atributos, roles, intereses y actitudes estereotípicamente asignados a uno u otro sexo, sino que también se conceptualiza como un esquema cognitivo que sirve para la categorización social de las personas, construyendo y estructurando las relaciones interpersonales e intrapsíquicas, que a través de procesos de socialización, participan en la tipificación de género forjando modelos de masculinidad y feminidad, que a nivel cognitivo, se

convierten en una variable moduladora de los procesos intelectivos y emocionales (García-Mina, 2000; Martínez -Benlloch, 2007).

Las ideas o representaciones sociales del género constituyen un eje articulador de numerosos procesos tanto interpersonales como intrapersonales. En este sentido, el género constituye una categoría con diversas dimensiones que interactúan entre sí y se describen a continuación.

2.2. ROLES, ESTEREOTIPOS E IDENTIDAD DE GÉNERO

Las representaciones sociales asociadas al género constituyen instrumentos de conocimiento y comunicación que contribuyen a la conformación del sí mismo o *self* y a la adecuación a un determinado escenario o realidad social. En este sentido tienen una función de adaptación, posibilitando el desarrollo de la identidad personal y contribuyen a conformar una forma de interpretar y de pensar la realidad cotidiana para hombres y mujeres. Es decir, las representaciones de género hacen referencia a las creencias, valores, supuestos ideológicos que se establecen en base a diferencias biológicas, la adscripción de características y roles sociales de hombres y mujeres (Bruehl, 2008; Jovchelovitch, 2007).

El género constituye una categoría biopsicosocial dinámica, interactiva y compleja, en la que la interacción entre estos procesos biológicos (sexuación), sociales (asignación de género) y psicológicos, ocurren incesantemente incrementando esta compleja interrelación (Barberá, 1998).

Asimismo, el género comporta una dimensión cultural, que alude a los aspectos simbólicos que se ponen de manifiesto en la interpretación socialmente construida sobre los contextos en los que los hombres y mujeres se desenvuelven. Esto da lugar a interacciones multidireccionales entre factores contextuales sociales y procesos psicológicos que influyen directamente en el procesamiento de la información que se recibe, generando actitudes, atribuciones, creencias y valores (García-Mina, 2000; Martín & Halverson, 1983; Lott & Maluso, 1993).

La cultura, entendida como conjunto de actitudes, valores, creencias y conductas compartidas por un grupo de personas, es transmitida de generación en generación. Sin embargo, a su vez la cultura muestra variaciones en función de las diferencias individuales de las personas. De esta interacción particular entre la persona y su mundo social se conforma la personalidad, y por tanto la realidad de la persona, como resultado de la interiorización de esas normas, valores y creencias, que a la vez influirá en la peculiar forma de hacer frente a las demandas de la realidad social de cada individuo (Matsumoto & Fletcher, 1996).

El género, como categoría social y normativa, influye en el desarrollo de distintos aspectos y comportamientos de la vida de las personas de manera menos visible y relativamente dicotómica (Barberá, 1998; Deaux & Lewis, 1984). En este sentido el género constituye un sistema de clasificación social que establece normas, roles y valores que influyen en diferentes aspectos de los estímulos y procesamiento de la información que recibe una determinada persona y las respuestas del medio social en función de éstos. A la vez, estas exposiciones diferenciales a determinados estímulos contribuyen al establecimiento de rasgos, roles y conductas en respuesta a los estímulos recibidos (Eagly, 1987; Deaux, Stewart & Unger, 2001).

Dada la complejidad intrínseca del concepto género, existe una gran variedad de términos vinculados a los distintos aspectos del mismo, enfoques y niveles de análisis utilizados para su estudio, como por ejemplo estereotipos, roles, actitudes, atributos, tipificación sexual, ideología de género, estereotipos de rol sexual, entre otros.

Tal como se ha definido, el género, y por ende las atribuciones de género, están vinculadas a la diferenciación sexual, el dimorfismo biológico de la reproducción y la división de roles asignados a la crianza de hijos e hijas. Esto ha dado lugar a una diferenciación dicotómica entre mujeres y hombres en relación al reparto de tareas familiares y laborales, así como los papeles y roles sociales considerados propios de uno u otro sexo, contribuyendo a una socialización diferencial de género que influirá en múltiples aspectos de identidad personal y relacional.

Las definiciones sociales y culturales en torno a la masculinidad y feminidad serán una parte importante en este proceso de categorización en cuanto a seres sexuados, ya que conllevan prescripciones, expectativas, sanciones y reconocimiento social diferenciales en función del sistema sexo/género.

Los roles de género hacen referencia a los comportamientos, actitudes y valores sociales establecidos en base a estereotipos de género, que prescriben un conjunto de tareas y funciones para cada uno de los sexos. Es decir, los roles sexuales son las expectativas y creencias acerca de las conductas apropiadas para cada uno de los sexos. Los roles sexuales son conductas determinadas, a partir de la cultura, en función del sexo de cada persona (Fernández, 1983).

Los estereotipos son estructuras cognitivas que simplifican la información sobre los elementos diferenciadores entre un grupo determinado, asumiendo que son definitorias de todos los miembros del mismo. Esto influye en las percepciones y el procesamiento de la información referida a distintos grupos sociales (Tajfel, 1984).

Los estereotipos sexuales reflejan las creencias e ideas comunes y compartidas sobre las actividades, los roles, y los rasgos físicos que identifican y distinguen a los hombres de las mujeres. Es decir, expresan las percepciones socialmente compartidas del modo de actuar de los

varones y las mujeres en su vida cotidiana, asumiendo como propio de unos u otras determinadas actividades en función de la mayor frecuencia entre unos u otras (Bruel, 2008).

Los estereotipos de género, por tanto, son construcciones subjetivas que incluyen creencias, expectativas, atribuciones causales y relaciones sobre el comportamiento psicológico y social de mujeres y varones.

Los contenidos de los estereotipos de género, se pueden agrupar en dos dimensiones (Mosteiro, 2010): dimensión femenina, caracterizadas por rasgos y roles expresivo comunales asociados a expresividad, ternura y alta emocionalidad (relacionados a valores e intereses con la necesidad de filiación) y una dimensión masculina, caracterizada por roles y rasgos instrumentales-agenticos, asociados a racionalidad, competencia y baja emocionalidad (vinculados a valores e intereses de necesidad de realizaciones y logros personales) (Benlloch, 2007; Matsumoto, 1996; McCreary, 1994).

Estos estereotipos, sobre lo femenino y lo masculino, son el resultado de las expectativas sociales, experiencias, aprendizaje de modelos prototípicos e interacciones comportamentales que son reforzadas diferencialmente y son compartidos por muchas culturas, siendo a la vez bipolares y excluyentes (Fernández, 1998; Olmeda & Frutos, 2001).

A partir de la socialización en roles sexuales y de género, se conforma la identidad de género que alude al proceso de identificación psicológica con lo femenino o lo masculino independientemente del sexo biológico, que influirá en la manera de ser, sentir y actuar (Bem, 1981).

La identidad de género forma parte del desarrollo psicológico temprano. Es decir, es un proceso psicológico de auto-clasificación y valoración que una persona hace sobre sí misma en función de aspectos cultural e históricamente contruidos sobre su propia masculinidad o feminidad (Vergara & Páez, 1993), que afecta a un conjunto de sensaciones, percepciones, creencias y pensamientos, vinculados con el aprendizaje de conductas y actividades tipificadas sexualmente y en relación con los roles de género (Barberá, 1998).

Por tanto, la identidad de género es el resultado de un proceso evolutivo por el que se interiorizan las expectativas y normas sociales relativas al dimorfismo sexual, y hace referencia al sentido psicológico del individuo de ser varón o mujer con los comportamientos sociales y psicológicos que la sociedad designa como masculinos o femeninos.

La adquisición de la identidad de género está interrelacionada con la conformación de la propia identidad existencial (*Self*) y por tanto forma parte del autoconcepto de la persona. En este sentido, el sí mismo (self o yo) es una fuente de acción y voluntad humana, participando en procesos activos en búsqueda de la congruencia personal y social, con un importante impacto en la autovaloración y autoestima personal. Asimismo, se ha puesto de manifiesto (p.e. Abelson, 1981) el papel relevante que tiene para el acceso a la memoria y el procesamiento de la información personal, postulando que el self está estructurado como un prototipo cognitivo de rasgos centrales y periféricos, ordenados jerárquicamente, que definen al sujeto y que éste utiliza para organizarla información sobresaliente (Fiske & Taylor, 1991; Greenwald & Pratkanis, 1984). El *self* es un poderoso regulador de muchos aspectos de la conducta humana ya que influye en procesos psicológicos como la percepción, memoria, inferencias concernientes a la persona en sí misma y los demás (Cross & Madson, 1997).

Consistente con esto, se ha propuesto que la diferenciación psicológica de género es la que más contribuye al mantenimiento de las diferencias en los roles (Williams & Best, 1990). Es decir, que los estereotipos de género contribuyen a mantener las diferencias asociadas a los roles sexuales (p.e. actividades importantes en las que existen diferentes tasas de hombres y mujeres); estereotipos de rol de género (p.e. creencias sobre qué actividades son más apropiadas para hombres y mujeres) y estereotipos de rasgos de género (p.e. características psicológicas atribuidas diferencialmente a uno u otro sexo) vinculados a esta diferenciación psicológica de género (Mosteiro, 2010).

2.3. ESTUDIO DEL GÉNERO EN PSICOLOGÍA

Dentro de la Psicología y en función del paradigma desde el que se ha abordado, el género puede ser considerado un rasgo estable de personalidad, un proceso psicológico, un sistema de clasificación social o proceso psicosocial.

Dentro de la Psicología Diferencial, se encuentran fundamentalmente dos orientaciones metodológicas y conceptuales. Una, donde el género es entendido como rasgo estable de personalidad (p. e. sexo como variable de sujeto) y otra, que considera el género como sistema de clasificación social, y por tanto utiliza el sexo como variable estímulo, centrándose en el estudio de los estereotipos de género como determinante de las distintas formas de percibir, valorar y desarrollar expectativas, atribuciones causales, auto-concepto de hombres y mujeres (Barberá *et. al.*, 2008).

Una de las teorías más destacadas en cuanto a la adquisición de la identidad de género es la Teoría del Esquema de Género de Sandra Bem (1981), quien postula la conformación de una estructura cognitiva (esquema) que guía y organiza la percepción de los individuos y el

procesamiento de la información relevante relacionada con las características de género, favoreciendo así, la tipificación sexual y la asimilación del auto-concepto al esquema de género. Mediante procesos de autovaloración y comparación, respecto a los prototipos almacenados en el esquema, se irán emparejando preferencias, actitudes, conductas y atributos personales que conformarán una guía prescriptiva del comportamiento de la persona en función de la definición de masculinidad y feminidad de su contexto cultural (Aguilera, 2007).

Los rasgos asociados a la masculinidad tradicional, también denominada instrumentalidad, destacan la asertividad, la fuerza, orientación a logros materiales y personales, autonomía, racionalidad, entre otras; mientras que la feminidad, o expresividad, se empareja con modestia, ternura, necesidad de afiliación, preocupación por el bienestar de los otros, dependencia, predominio de emocionalidad y conciencia de las emociones, entre otras. Por lo tanto, conductas instrumentales son esperadas de los hombres, donde un aspecto relevante del self o autodefinición es la *independencia*. Mientras que las conductas expresivas, la orientación hacia las emociones y los aspectos interpersonales se reservan para las mujeres, enfatizando como aspecto relevante de autodefinición la *interdependencia* (Cross & Madson, 1997).

Desde una perspectiva cognitiva, el género es una variable moduladora de los procesos intelectivos y emocionales relativos a la dicotomía varones y mujeres, pues socialmente se acepta la existencia de diferencias intrínsecas físicas, cognitivas, emocionales, comportamentales, de prestigio y de poder entre los sexos. En este proceso de modelado se establece una relación dialéctica entre sexo y género (asignación e identidad) en la que las personas desarrollan su propio yo y, en consecuencia, experimentan su propia identidad corporal, psíquica y social (Martínez-Benlloch, 2007).

Desde la propuesta de Bem (1974; 1981) y posteriores evidencias a favor de la naturaleza ortogonal de los constructos de masculinidad y feminidad, se considera que las personas pueden variar en el grado en que poseen características masculinas y femeninas. Es decir, mientras que la masculinidad y feminidad describen los comportamientos prototípicos asociados a las identidades estereotipadas de género, las características que forman parte de la identidad de género de cada individuo en particular, se conforman por el emparejamiento o pares de elementos de masculinidad y feminidad, independientemente del sexo biológico (Simonson, Mezulis & Davis, 2011).

Surgen así dos conceptos, el de androginia, que es definido como un estilo de personalidad en el que se combinan características femeninas y masculinas; mientras que el concepto de indiferenciación, alude a baja auto-atribución en características tanto masculinas como femeninas (Fernández, 1996; Matud & Aguilera, 2009; Sánchez-López; Sánchez, Rivas, Cuellar-Flores & Díaz-Morales, 2009).

Desde el construccionismo social en psicología se afirma que el género se construye culturalmente y defiende el origen situacional de las características de género, si bien considera que éste no es un conjunto de rasgos en los individuos, sino una construcción que identifica las transacciones adecuadas para un sexo determinado. Los roles permiten confirmar expectativas y facilitan la adaptación del sujeto al medio en el que está inmerso, puesto que al ser funcionales responden a criterios de deseabilidad social y aunque este proceso origina esquemas cognitivos que inciden en la génesis de la identidad individual, las diversas formas de interacción entre aprendizajes de los roles y las conductas estereotipadas explicarán la variabilidad interindividual e intergrupal en este dominio (Martínez-Benlloch, 2007).

En síntesis, la complejidad de procesos que intervienen en la construcción de la identidad personal, especialmente en la identidad de género en estas múltiples dimensiones asociadas a la categoría del género, influyen en los efectos que el sistema de creencias en torno a la condición sexuada de los individuos que manifiestan tanto en el funcionamiento psicológico y potencialidades de las personas. Esto es, incidirá en la expresión de emociones, las estrategias para hacer frente a los problemas, las experiencias vitales cotidianas, las creencias sobre la manera de regular las emociones, contribuyendo a potenciar algunos aspectos con importantes repercusiones en el resultado de salud física, psicológica, social.

2.4. NORMAS Y ROLES DE GÉNERO FEMENINOS

Uno de los objetivos prioritarios, según la APA (2007), es reconocer e identificar la importancia e influencia de roles de género en las condiciones de salud psicológica y física de las mujeres, para mejorar las actuaciones de los y las profesionales del ámbito de la salud de mujeres y niñas. Los roles de género femeninos, especialmente cuando son restrictivos, pueden tener consecuencias perjudiciales para la salud mental y el bienestar de las mujeres (Paren & Moradi, 2011).

Las tensiones, preocupaciones e inquietudes que las normas de género femeninas generan en las transacciones cotidianas de las mujeres, incrementan la percepción de estrés, molestares cotidianos, contribuyen a priorizar determinados objetivos vitales y la relevancia de roles para la autovaloración personal desde la identidad de género (APA, 2007; Chester & Bretherton, 2001; Moradi, Fischer, Hill, Jome & Blum, 2000; Worell & Johnson, 2001).

La conformidad con normas y roles de género, promueven el desarrollo de la identidad (Bem, 1981; Chodorow, 1978) y pueden contribuir al incremento de tensión asociados a los roles de género (Eisler, 1995; Gillespie & Eisler, 1992) y, por ende, son importantes variables a considerar para el asesoramiento y tratamientos psicológicos.

Los contenidos de los estereotipos de género femeninos como se ha mencionado, se caracterizan por rasgos y roles expresivos comunales, asociados a expresividad, ternura y alta emocionalidad, relacionados a valores e intereses con la necesidad de filiación, con orientación hacia lo interpersonal (Martínez-Benlloch, 2007; McCreary, 1994; Monteiro, 2010).

Entre los distintos y numerosos mensajes recogidos en la literatura especializada, que se han identificado como asociados con la feminidad, destacan el ser agradable, centrarse en las relaciones, ser atractiva, ser delgada, cuidar a otros, estar en silencio, agradar a los hombres, ocuparse de las tareas domésticas, ser sumisas y dependientes, cálidas, emocionales, delicadas, sexualmente destinadas a la reproducción y no al disfrute del placer, seres incompletos en el sentido que se es mujer una vez que se logra ser para alguien (madre, esposa, hija) (Burin, 1987; Mahalik et al., 2003). Sin embargo, es importante tener en cuenta que cada mujer puede construir su identidad de género en función de algunas de estas normas de género femeninas y no necesariamente en todas (Mahalik et al., 2005).

Por otra parte, los roles de género estereotipados femeninos se derivan y retroalimentan estereotipos de género.

Moser (1989) analizando los contextos para el desarrollo en países en vías de desarrollo, pone de manifiesto el triple rol que desempeñan las mujeres en estos contextos y suponen un factor de limitación importante asociado a los esfuerzos por mantener en equilibrio estos roles: (a) *ser reproductoras*, no sólo en relación con la reproducción biológica y el mantenimiento del bienestar de los miembros de la unidad familiar, tales como la preparación de alimentos, limpieza y orden de la vivienda, mantenimiento de las condiciones de habitabilidad, cuidado y atención emocional a los miembros de la familia, sino también relacionadas con la reproducción del orden social, tales como la socialización de hijos e hijas, mantenimiento de redes familiares y de apoyo mutuo, transmisión de activos culturales, que son conceptualizadas como quehaceres maternos y domésticos, no como trabajo; (b) *ser productoras secundarias*, la consideración de un papel secundario en la generación de ingresos familiares (c) *ser gestoras comunitarias*, en el sentido de ser las responsables de la organización de eventos sociales, ceremonias y celebraciones destinadas a conseguir el bienestar de las familias y comunidades, mantenimiento de las redes sociales y familiares, etc.).

La construcción de la subjetividad femenina como proceso multideterminado, se ha ido transformado a lo largo del tiempo y de diferentes grupos de mujeres, en torno a los aspectos de la subjetividad femenina de vulnerabilidad para la salud psicológica (Burin, 1987)

Esta autora, destaca el papel asignado por nuestra cultura occidental de identificación de las mujeres con la maternidad, como garante de la salud mental, que contribuye a la identificación

con conceptos y prácticas del rol maternal, la función materna, el ejercicio de la maternidad, el deseo maternal, el ideal maternal, que sumado a la división entre el ámbito doméstico y el extradoméstico, se produce una división en relación con los ámbitos de poder. Así a las mujeres se les asignó el poder de los afectos, es decir, un *centramiento en el poder de los afectos* que representó un recurso y un espacio de poder específico, dentro del ámbito doméstico y mediante la regulación y el control de las emociones circulantes dentro de la familia, a la vez este ejercicio de poder ha condicionado modos específicos de enfermar y de expresar su malestar.

A lo largo la historia y principalmente desde las transformaciones asociadas a la revolución industrial, los roles familiares y domésticos de las mujeres, señala Burin, se fueron convirtiendo en paradigmáticos del género femenino, donde el rol familiar de las mujeres fue centrándose cada vez más en el cuidado de hijos e hijas y de los hombres (padres, hermanos, maridos) que a la vez se fueron configurando prescripciones respecto a la “moral familiar y maternal” que suponía subjetividades femeninas con características emocionales de receptividad, capacidad de contención y nutrición. Las emociones asociadas a este concepto de moral doméstica, se basaban en un comportamiento amoroso, generosidad, altruismo, la entrega afectiva, por parte de las mujeres. Por otra parte, la eficacia en el cumplimiento de esos afectos garantizaba a las mujeres un lugar y un papel en la cultura, con claras definiciones sobre cómo pensar, actuar y desarrollar sus afectos en el desempeño de sus roles familiares. De esta manera se fueron configurando ciertos roles de género específicamente femeninos como el rol maternal, rol de esposa, rol de ama de casa, que suponían condiciones afectivas a su vez específicas para poder desempeñarlos con eficacia. Así, para el rol de esposa se requería de docilidad, comprensión, generosidad; para el rol maternal, ser afectuosa y cariñosa, altruismo, capacidad de contención emocional; para el rol de ama de casa, poseer una disposición sumisa para servir, receptividad y ciertos modos inhibidos, controlables y aceptables de agresividad para el manejo de la vida doméstica (Burin, s/f). Así, las mujeres ante situaciones de falta de respeto, por ejemplo, tienden a responder con tristeza mientras en los hombres predominan respuestas de ira (Blincoe & Harris, 2011).

La importancia de ciertas normas relacionadas con el amor y la implicación en las relaciones románticas, se han visto reforzadas con especial énfasis como forma de realización personal en las mujeres, asociada a parte de los proyectos vitales vinculados a los roles tradicionales femeninos. Los ideales de belleza femeninas, el atractivo físico, como forma de aumentar las probabilidades de encontrar y mantener una relación de pareja, se ven reforzados por creencias sobre la responsabilidad de las mujeres de mantener los vínculos emocionales en contraposición a las normas de género masculinas, donde la fidelidad sexual no es prescriptiva y se vincula con el disfrute del placer, no sólo con la reproducción ni la implicación emocional.

Los cambios tecnológicos y sociales, así como la incorporación de las mujeres al mundo laboral (extradoméstico) conllevan nuevas situaciones y consecuencias respecto a la eficacia y significación de los roles de género femenino, incrementándose las tensiones y conflictos en las transacciones cotidianas. En este sentido, Lagarde (1997) señala que la construcción de la identidad se produce en medio de coordenadas espacio/temporales concretas, lo que incrementa las tensiones en relación a la búsqueda de autonomía de las mujeres, como seres autónomos, con proyectos de vida propios o diversos y conlleva un incremento de conflictos entre los mensajes normativos interiorizados de ser mujeres y los intentos de conjugar nuevas formas actualizadas de vida (Navia, 2006).

La construcción de parte de la identidad como *ser para otros*, como rol de género femenino se vincula con la ética del cuidado y se sustenta en una virtud moral que incluye la asunción de la responsabilidad de proveer los cuidados como una obligación o una rutina y que implica un compromiso personal (Montesó-Curto, 2008).

Numerosos son los mensajes normativos de género que aún se conjugan en la actualidad, y que continúan generando desigualdades en las relaciones de poder en distintos ámbitos de la vida de las mujeres, con especial relevancia en tres áreas significativas que se dan en frecuencia en las relaciones de pareja (diferencias de acceso y control de los recursos económicos, reparto de roles y tareas en la pareja y la socialización según roles de género tradicionales), que pueden dar lugar y convertirse en desequilibrios crónicos donde aún muchas mujeres están en una posición de desventaja.

Por otra parte, existe una importante variabilidad en la forma de incorporar las distintas dimensiones de los roles y normas de género femenino, que será relevante en mayor o menor medida para cada mujer en particular (Mahalik et al., 2005).

En este sentido, Mahalik y colaboradores (2003; 2005) entienden la conformidad con las normas femeninas como la adhesión a la normas sociales y roles sobre cómo ser femenina y que se demuestra en los comportamientos, sentimientos y pensamientos de cada mujer.

La mayor o menor conformidad con las normas de género femeninas, tendrán relevancia en distintos momentos de la vida de las mujeres y contribuir a emociones positivas o negativas, en función de la autovaloración respecto a las consecuencias derivadas de la consecución y eficacia en su desempeño, así como las valoraciones sociales del contexto relacional significativo de la persona, lo que contribuirá a la satisfacción o insatisfacción personal y por ende en el bienestar integral.

2.5. LA MEDIDA DEL GÉNERO

Las dificultades en la medida del género están asociadas a la complejidad las conceptualizaciones teóricas, así como a la medida en sí misma.

Adentrándonos en los niveles de análisis del constructo género, masculinidad y feminidad, se observa una gran dispersión de criterios terminológicos y conceptuales, siendo frecuente la equiparación de la variable género con las diferencias de sexo, diversas formas de entender la variable sexo en los estudios de las diferencias sexuales, así como la discusión sobre género en los estudios empíricos, sin su previa explicitación en el diseño de investigación, lo que aumenta la confusión conceptual y por ende, la comparación de los diferentes estudios y resultados obtenidos (Cuéllar, Sánchez-López, Dresch, 2011).

En paralelo con la evolución teórica en torno al género y las diferencias entre sexos, se han desarrollado diversos instrumentos de medida sobre masculinidad y feminidad.

Así, hasta mediados del siglo XX y desde concepciones fundamentalmente biológicas, la masculinidad y feminidad se entendían principalmente como rasgos generales estables y opuestos de personalidad. El esfuerzo dentro de la psicología se centró en construir instrumentos que permitieran recoger las principales características representativas de la masculinidad y feminidad, que permitieran diferenciar psicológicamente a varones de mujeres y que abarcaran el desarrollo funcional y disfuncional. Esto dio lugar a la creación de varios instrumentos elaborados para tal fin donde la selección final de ítems se basaba en un criterio empírico y que obtuvieron resultados contradictorios sobre la fiabilidad y validez de los mismos (Fernández, 2007).

A partir de los años setenta, tras la aparición del artículo crítico de Constantinople (1973) se produjo un cambio en la concepción de la masculinidad y feminidad y consecuentemente de las escalas creadas para medirlos. La revisión realizada por esta autora concluyó que era necesario avanzar en el estudio teórico y empírico debido a las deficiencias mostradas por estos instrumentos de medida (Fernández, 2007).

Esto resultó en una nueva concepción de la masculinidad y feminidad, ahora entendiéndolos como dos factores socioculturales independientes que pueden estar presentes en mayor o menor medida en los individuos, dando lugar a una cuádruple tipología: masculinos, femeninos, andróginos e indiferenciados. A la vez se construyeron nuevas escalas para medir masculinidad y feminidad. Por ejemplo, el Inventario Psicológico de California (CPI; Baucom, 1976), Inventario de Rol Sexual de Bem (BSRI; Bem, 1974); Formulario de Investigación de Personalidad (PFI; Berzins, Willing & Wetter, 1978); Cuestionario de Atributos Personales (PAQ; Spence, Helmreich & Stapp, 1974, 1975); y ANDRO (Helibrum, 1976).

Todos ellos parten de un modelo dualístico basado en la instrumentalidad y la expresividad, donde las escalas de masculinidad y feminidad son independientes posibilitando la cuádruple tipología no basada en el dimorfismo sexual y se hace énfasis en la realidad social del género, con lo cual el criterio de selección de ítems es la deseabilidad social tipificada sexualmente y no la diferenciación entre sexos (Fernández, 2007).

Sin embargo, pronto surgieron críticas a estas escalas de medida del género. Spence (1984) ilustra las críticas y limitaciones sobre estas nuevas escalas: la mayoría de esas investigaciones, aunque apoyadas en instrumentos que contienen escalas separadas de los atributos masculinos y femeninos, en realidad continúan empleado modelos unidimensionales bipolares basados en conceptos tales como la identificación de los roles sexuales, la asignación del sexo o el esquema de género. Además, señala que los datos empíricos, no dan apoyo ni al modelo de un solo factor ni al de dos factores, lo que sugiere fenómenos multidimensionales y por tanto, los conceptos masculinidad-feminidad (y otros constructos unidimensionales similares) construcciones que carecen de validez.

Es decir, las críticas a estas nuevas escalas son tanto metodológicas respecto a la multidimensionalidad frente a bidimensionalidad, como teóricas al cuestionarse si existen diferencias entre conceptos de masculinidad e instrumentalidad y la feminidad de la expresividad (Fernández, 2007).

La teoría de conformidad a normas de género propuesta por Mahalik, Locke, Ludlow, Diemeter, Scott y Gottfried (2003), recoge estas críticas y evidencias basadas en los resultados empíricos que ponen de manifiesto una baja correlación entre medidas de autoinforme y masculinidad-feminidad. Es por ello que, desde esta perspectiva, se entiende la masculinidad y feminidad como el grado de conformidad con un conjunto heterogéneo de normas sociales sobre las conductas, actitudes y creencias que se consideran adecuadas para los hombres y para las mujeres y que por tanto guían y prescriben lo que hombres y mujeres deben hacer, pensar o sentir (Mahalik; 2000, citado por Cuéllar-Flores *et al*, 2011).

Si bien la multidimensionalidad del constructo género es la más coherente, aún persisten dificultades para su medida. Y tal como sugiere Fernández (1983; 1988; 2000, 2007) sería deseable distinguir entre roles, estereotipos y asimetrías de género con el objetivo de elaborar instrumentos para cada una de estas dimensiones. Las escalas desarrolladas por Mahalik y colaboradores (2005; 2008), son sin duda una propuesta prometedora para este fin.

Mahalik y colaboradores (2005) han propuesto, tras un análisis racional de numerosos mensajes normativos asociados a la feminidad y revisión crítica de distintos instrumentos creados para

medir diferentes dimensiones de la feminidad, etc., un instrumento psicométrico destinado a evaluar la conformidad con estas normas y roles atribuidos tradicionalmente a las mujeres.

Si bien, Mahalik y sus colaboradores, se han centrado en las normas predominantes en EEUU y fundamentalmente en el grupo dominante (personas blancas, nivel sociocultural medio-alto y orientación sexual heterosexual), dichas normas han estado influidas por normas europeas (Mahalik et al, 2003) que están vigentes en la actualidad en la cultura occidental, con sus distintas variaciones culturales y la influencia de determinados factores socioculturales como son el nivel educativo, nivel económico o grupo étnico .

Las dimensiones agrupadas en distintos conjuntos de normas de género femeninas que proponen estos autores y las adaptaciones a población española son: *ser agradable en las relaciones (amabilidad), modestia, fidelidad sexual, atención a la infancia, implicación en las relaciones románticas, delgadez, e invertir en apariencia* (Sánchez López, Cuéllar, Dresch & Aparicio, 2009). La dimensión ser agradable en las relaciones podría reflejar la participación de dos normas distintas tales como ser dulce y agradable y la importancia de lo relacional (Paren et al., 2011).

A lo largo de los siguientes capítulos, se profundizan aspectos relativos a la influencia de factores de género propuestos desde distintos ámbitos de estudio para dar cuenta de diferencias en la salud de las mujeres. El género en cuanto constructo teórico complejo y multidimensional, tiene un papel central en vida de las personas, aunque su estudio, medida y conceptualización, aún suponen un desafío en el ámbito de la investigación con perspectiva de género.

En síntesis, el género, constituye una variable cognitiva moduladora de procesos intelectivos y emocionales, relevantes en los procesos de autovaloración y ajuste psicológico, físico y social de las personas. Los roles, normas y estereotipos de género femeninos, especialmente cuando son muy restrictivos, condicionan de diversas y múltiples formas, aspectos centrales en la vida de las personas, tales como las oportunidades de desarrollo y trayectorias vitales de las mujeres, influye en los modos de hacer, pensar y sentir; en las expectativas, creencias y actitudes sobre sí mismas y los demás; en las obligaciones y responsabilidades asumidas como propias; en la percepción de los propios recursos para hacer frente a los desafíos de la vida, en las expectativas de éxito o fracaso de las mismas; en las recompensas o sanciones derivadas de los resultados, que pueden tener repercusiones negativas para el bienestar y salud integral de las mujeres.

Como se verá a continuación en el capítulo dedicado a la salud psicológica y emocional, la constatación de una morbilidad y mortalidad diferencial entre sexos, con una mayor prevalencia en mujeres de problemas emocionales (p.e. ansiedad y depresión), requiere profundizar en aquellos aspectos vinculados con los condicionantes de género en las mujeres, con especial énfasis en factores cognitivos-emocionales relevantes en la percepción, afrontamiento y regulación emocional asociados al situaciones potencialmente generadoras de estrés.

Capítulo 3 Salud Psicológica y Emociones

CAPÍTULO 3. SALUD PSICOLÓGICA Y EMOCIONES

En este capítulo se describirán en primer lugar conceptos relacionados con la salud psicológica, sus implicaciones en el bienestar subjetivo y ajuste psicológico. Posteriormente, se profundiza en aspectos relevantes en torno a la conceptualización de las emociones, con énfasis en las teorías cognitivas. A continuación, se describen las principales diferencias de género en salud psicológica observadas en estudios epidemiológicos. Para finalizar se desarrollan aspectos vinculados a la socialización diferencial de género emocional, explicaciones socioambientales propuestas para explicar dichas diferencias en torno a la salud psicológica y emociones en mujeres, incluyendo algunas consideraciones sobre el estado actual en relación con el estudio de emociones desde la perspectiva de género.

3.1. SALUD PSICOLÓGICA, BIENESTAR SUBJETIVO Y AJUSTE PSICOLÓGICO.

El concepto de salud psicológica (o salud mental) es un concepto cambiante y complejo en su definición debido a que conlleva implícitamente una dimensión valorativa de los síntomas y de los procesos cognitivos, afectivos y comportamentales. En este sentido, los distintos modelos psicológicos o médicos vigentes, influyen de manera relevante en la definición de salud mental, ya que dicha valoración de síntomas y procesos se basan en las representaciones y paradigmas científicos imperantes en la sociedad sobre lo que se considera salud y enfermedad (Montesó-Curto, 2008).

En la actualidad la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1993) define la salud mental como la capacidad del individuo, el grupo y el ambiente de interactuar entre sí de manera que promuevan el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las capacidades mentales (cognitivas, afectivas y relacionales) y el logro de metas individuales y colectivas en consonancia con la justicia, el logro y la preservación de las condiciones de igualdad fundamentales.

La salud psicológica, desde esta perspectiva transaccional adoptada por la OMS (1993) implica un estado de bienestar psicológico y emocional que permite a la persona emplear sus habilidades mentales, sociales y emocionales para desempeñarse con éxito en sus interacciones cotidianas. Es un estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural que posibilita su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida.

El estado de bienestar subjetivo se expresa en todas las esferas de la conducta cotidiana, constituyendo un indicador de salud y ajuste psicológico ante las demandas y situaciones en los distintos ámbitos de actuación de los individuos, donde las emociones juegan, directa o indirectamente, un papel relevante en la salud física, psicológica y social.

Las emociones son parte inherente de la experiencia humana. Aportan información sobre acontecimientos relevantes para las personas y permiten así, orientar la conducta, dar respuesta a las demandas de la situación y por ende el ajuste o adaptación. Sin embargo, cuando se produce un desequilibrio en la intensidad, frecuencia o duración de las mismas se convierten en desadaptativas o patológicas, interfiriendo en el bienestar físico, mental y social (OMS, 2006).

El miedo, ansiedad, ira y tristeza son emociones caracterizadas por una experiencia afectiva negativa o desagradable y una alta activación del sistema nervioso autónomo, que se producen en respuesta a eventos aversivos o desagradables. Desde este punto de vista, las manifestaciones emocionales displacenteras son signos psicológicos vitales críticos, fuertemente relacionados con el bienestar del individuo. Las variaciones en la intensidad y duración de estas emociones proporcionan información esencial acerca de la salud mental de las personas y contribuyen a identificar los eventos recientes y conflictos que tienen un impacto significativo sobre la vida del individuo (Spielberger & Reheiser, 2009).

La importancia de las emociones en la adaptación o ajuste persona-ambiente, se relaciona en gran medida con las respuestas ante eventos potencialmente estresantes (internos o externos) y los recursos para hacer frente a los mismos de manera exitosa. Las emociones, desde una perspectiva transaccional, y considerando que son el resultado de un proceso multidimensional e interactivo entre los diferentes componentes implicados en las mismas y las demandas del entorno, constituyen indicadores de la percepción subjetiva o estado auto-percibido de salud física, mental o social.

3.2. CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS EMOCIONES

El estudio de las emociones en psicología es una de las áreas que mayor número de teorías, modelos teóricos e interés ha generado por su relevancia en múltiples dimensiones de la experiencia humana. Sin embargo, debido a la complejidad de la experiencia emocional y la metodología para su estudio empírico, los resultados y conocimientos sobre los procesos emocionales han permanecido, hasta hace relativamente pocas décadas atrás, menos organizados en comparación a otros procesos psicológicos (Choliz, 2005).

Las diferentes teorías sobre la emoción han resaltado diversos aspectos de las mismas coherentes con las respectivas perspectivas de estudio. Sin embargo, todas coinciden en considerarlas mecanismos innatos e indispensables para la supervivencia, admitiéndose cierta influencia del aprendizaje que permite una mejor adaptación al entorno cambiante (Miguel-Tobal, 1999).

En la actualidad existe consenso en definir a las emociones como un conjunto de reacciones psicofisiológicas, adaptativas y multidimensionales (Palmero, 1999), que se desencadenan ante

situaciones relevantes para el individuo, que suceden en el medio (externo) o proceden del propio individuo (interno) y que implican peligro, daño, pérdida, novedad, etc., dando lugar a cambios en la experiencia subjetiva, cognitiva, fisiológica, motora o expresiva (Mauss, Levenson, McCarter, Wilhelm, & Gross, 2005; Piqueras, Ramos, Martínez, & Oblitas, 2009) (Para una revisión véase Cano-Vindel, 1999; Cacioppo & Gardner, 1999).

Los procesos emocionales se organizan en torno a distintos niveles de respuesta. Lang (1977) distingue la dimensión cognitiva y subjetiva que hace referencia a la experiencia afectiva (pensamientos y sentimientos); la dimensión fisiológica, que da cuenta de la activación del sistema nervioso autónomo y somático y la dimensión conductual-expresiva, que alude a los aspectos motores y conductuales observables, tales como la expresión facial, movimientos corporales y aspectos no verbales del lenguaje.

Una característica de las respuestas emocionales es la existencia de cierta desincronía entre los distintos sistemas de respuesta y una predominancia particular de cada uno de estos componentes en función de cada emoción, persona y situación concreta, afectando tanto a procesos psicológicos básicos, tales como percepción sensorial, atención y activación de la memoria; respuestas vegetativas tales como la respiración, frecuencia cardíaca y tensión muscular, con efecto sobre el sistema endocrino e inmune del organismo (Cano-Vindel, Sirgo & Díaz-Ovejero, 1999).

Desde el punto de vista de la experiencia subjetiva, la vivencia placentera o displacentera de la emoción, posee una clara incidencia a nivel cognitivo (pensamientos y sentimientos) lo que permite considerar emociones positivas a aquellas que generan sentimientos placenteros tales como la alegría, el amor y emociones negativas como miedo, ansiedad, tristeza, enfado y asco (Cano-Vindel, 1995; Cano-Vindel *et al*, 1999).

Una de las funciones principales de las emociones es organizar la conducta en un breve lapso de tiempo con el objeto de preparar y anticiparse a las consecuencias de una variación en el estado interno o externo del individuo, coordinando y movilizand o una serie de recursos psicológicos, fisiológicos y conductuales (Fernández-Abascal & Palmero, 1999).

La función motivacional de la activación es complementaria al afecto positivo y negativo y permite el ajuste psicológico o comportamental. En el caso de las emociones negativas o displacenteras se relaciona con la auto-conservación a través de la predisposición a evitar o huir de amenazas o situaciones potencialmente amenazantes; mientras que las emociones positivas, por el contrario, sirven como señal para permanecer en el curso de acción o para explorar el medio ambiente, facilitando los beneficios de las conductas exploratorias (Cacioppo & Gardner, 1999).

A nivel social, facilitan la interacción social, favorecen el control de la conducta de los demás; permiten la comunicación de estados afectivos y de este modo, promueven la conducta prosocial, lo que facilita

a su vez, la aparición de conductas emocionales apropiadas, que mediante la expresión permite predecir el comportamiento asociado a las mismas, de gran valor en los procesos interpersonales (Choliz, 2005).

Afecto, emoción y estado de ánimo son tres conceptos que, al estar muy relacionados entre sí, conviene diferenciar. Según Hervás y Vázquez (2006) el afecto constituye una categoría de orden superior que engloba tanto al concepto de emoción y estado de ánimo. La diferencia entre emoción y estado de ánimo se establece en función de los parámetros referentes a intensidad, duración, patrones de respuesta y tipo de información que ofrecen, si bien en gran medida los límites son una cuestión de grado y por tanto existe cierto solapamiento en su definición. Los estados de ánimo suelen tener una duración más prolongada, de intensidad leve o moderada, que se desarrolla gradualmente sin un referente concreto o definible y, por tanto, con límites de inicio y finalización imprecisos. Suelen ofrecer información sobre el estado interno de la persona, recursos percibidos y el grado de adaptación del sistema personal del individuo. Las emociones o reacciones emocionales, por el contrario, son más intensas y fugaces con mayor implicación del sistema nervioso autónomo, tienen un inicio y final definidos, generalmente asociados a una causa y objeto de referencia concretos, y por tanto ofrecen información acerca del entorno, de la valoración de recompensa o amenaza de un evento o situación, de las demandas percibidas, de los desafíos o incluso de las respuestas que se exigen de los demás.

En el siguiente apartado se repasan los principales elementos cognitivos propuestos desde las teorías cognitivas de la emoción. La influencia de las emociones sobre los procesos cognitivos se ampliará en capítulo cuarto, ya que cognición y emoción constituyen procesos interdependientes, con implicaciones para la regulación emocional y el afrontamiento ante eventos estresantes.

3.2.1. APROXIMACIÓN A LOS MODELOS COGNITIVOS DE LA EMOCIÓN

Las teorías cognitivas de la emoción postulan que la emoción surge como consecuencia de determinados procesos o actividad cognitiva que, según las distintas propuestas realizadas, enfatizan procesos de valoración, atribución e interpretación, que una persona realiza sobre una situación potencialmente emotiva para dotarle de significado y que esto contribuye a la emergencia de una determinada experiencia emocional.

Según Neisser (1976), la cognición implica aquellos procesos relacionados con la síntesis, elaboración, almacenamiento, recuperación y utilización de estímulos sensoriales, que consisten en procesos de comparación, categorización, etcétera, los cuales contribuyen a la elaboración de juicios, resolución de problemas o toma de decisiones. Por tanto, según las distintas propuestas teóricas, por cognición se hace referencia bien a los contenidos cognitivos y sus representaciones mentales en proposiciones, imágenes,

esquemas; bien a las creencias, expectativas, valores, metas de los individuos, que conforman disposiciones individuales que pueden influir en el procesamiento cognitivo; o bien a los afectos, sentimientos subjetivos, que constituyen contenidos subjetivos emocionales (Ramos-Linares, Piqueras-Rodríguez, Martínez-González & Oblitas-Guadalupe, 2009).

Los modelos cognitivos de la emoción postulan la interacción o transacción entre una situación y la respuesta emocional de los individuos, donde los procesos cognitivos median esta interacción. Si bien los distintos modelos teóricos, enfatizan determinados elementos cognitivos como relevantes en dicha transacción y el resultado emocional.

Algunos autores consideran relevantes las atribuciones que los individuos realizan sobre las causas de la activación fisiológica que experimentan y del propio estado emocional (p.e., Schachter, 1962) o bien las atribuciones causales sobre lo que ha provocado un determinado resultado (p.e., Weiner, 1988) lo que influye en la cualidad o tipo de emoción que se produce. Las atribuciones de causales se pueden organizarse en torno al locus de control (interno o externo), grado de estabilidad percibido (estables o inestables) y grado de controlabilidad (controlables o incontrolables), que influirán en el tipo de emoción o cualidad emocional que se producirá. Por ejemplo, las atribuciones de causalidad interna se relacionan con la autoestima, mientras que las atribuciones referidas al grado de control percibido se relacionan con emociones con implicaciones sociales, tales como la ira, compasión, gratitud y culpabilidad (Cano-Vindel, 1995).

Frijda (1986) por su parte, sugiere que la experiencia emocional resulta de una estructura situacional, que incluye elementos relativos a la relevancia y claridad de la situación emocional (p.e., el contenido de la situación, controlabilidad, grado de incertidumbre, valencia positiva o negativa) y; elementos referidos al objeto de la situación (p. e. relevancia para el individuo en sí mismo frente a los referidos a los demás). Así, en el procesamiento de la información emocional, existe un predominio de eventos estimulares que incluyen pensamientos e intereses personales, que siguen una secuencia de análisis de la información. En primer lugar, se toma en cuenta la información familiar o similar a eventos conocidos y sus implicaciones respecto a las causas o consecuencias que conllevan. En segundo lugar, se valora la relevancia de la situación o evento en base a los intereses de la persona, lo que da lugar a la evaluación del contexto y posibilidades de afrontamiento. Finalmente, en tercer lugar, se determina el grado de urgencia, dificultad o seriedad que dicha situación conlleva, dando lugar a la preparación para la acción, facilitando las respuestas fisiológicas y conductas.

La valoración cognitiva es un proceso central y de gran aceptación en la actualidad respecto a las respuestas emocionales. Mandler (1975, 1984) propone que la evaluación del significado de la situación y la percepción de la activación simpática, ambas son necesarias en la respuesta emocional resultante. Mandler considera que las principales fuentes de activación fisiológica son las interrupciones de planes de conducta y de acción, así como las discrepancias entre las expectativas y lo encontrado, que a la vez

dependen en gran medida de la organización de representaciones mentales del pensamiento y de la acción. Desde la teoría de los esquemas (Beck, 1961), estas discrepancias ocurrirían cuando las expectativas generadas por algún tipo de esquema son violadas o vulneradas (Fernández-Abascal et al., 1995).

Sin duda, la teoría de las emociones propuesta por Lazarus y Folkman (1984) es una de las más representativas e influyentes de las teorías de la valoración cognitiva. Según esta teoría, tanto la cualidad como la intensidad emocional están determinadas por procesos cognitivos de valoración y reevaluación. La valoración primaria sobre la situación atañe a las consecuencias positivas o negativas para el bienestar del individuo. En este proceso, los valores, creencias, objetivos y compromisos de la persona juegan un papel relevante. Si el resultado de esta evaluación es irrelevante, no se produce emoción; si es positiva o beneficiosa, contribuye a la emergencia de emociones positivas o placenteras; mientras que si, al contrario, resultan valoraciones estresantes de amenaza, daño o pérdida y desafío, generan emociones negativas. En esta fase, se produce una valoración secundaria orientada a evaluar las posibilidades para hacer frente a la misma, la eficacia probable y las consecuencias de la misma. Ambos tipos de evaluaciones interaccionan entre sí determinando la cualidad e intensidad de la emoción. Las reevaluaciones surgen posteriormente ante nuevos datos de la situación, reacciones personales o por motivos de defensa psicológica.

Gross (1998) propone un modelo consensuado (o modelo modal) de la emoción, en base a los aspectos centrales de las emociones destacados por las principales teorías de la emoción. De acuerdo con este modelo, la emoción surge en el contexto de una transacción persona-situación que capta la atención y tiene un significado particular para la persona. Esto da lugar a una respuesta coordinada multisistémica y maleable para la transacción en curso entre persona-situación. Esquemáticamente el modelo se compone de la situación, atención, valoración y respuesta. La situación es atendida de diversas formas, dando lugar a una valoración individual en base a diferentes parámetros (familiaridad, valencia, y relevancia), lo que da lugar a la generación de una respuesta emocional que involucra cambios en los distintos sistemas de respuesta experiencial, conductual y fisiológica (Gross, 2007).

Puede concluirse, que en la valoración cognitiva o interpretación subjetiva, intervienen tanto factores personales (creencias existenciales o sobre el control personal general o situacional y compromisos, es decir aquello que es importante para la persona) como situacionales (predictibilidad, novedad, incertidumbre, duración e inminencia), que funcionan de manera interdependiente y pueden considerarse antecedentes de la evaluación, si bien no se puede separar la actividad cognitiva de la emoción, ya que la emoción influye en la actividad cognitiva y por tanto es una relación multidimensional y múltiple (Fernández- Abascal et al, 1995).

A continuación, se describen los principales componentes de las respuestas emocionales de ansiedad y tristeza-depresión, que constituyen los principales síntomas en los trastornos emocionales y se

relacionan negativamente con estabilidad emocional y positivamente con vulnerabilidad-estrés (Bunevicius, Katkute & Bunevicius, 1999).

3.2.2. ANSIEDAD

La ansiedad es una respuesta emocional compleja, fruto de la interacción de factores individuales y situaciones específicas que tiene su expresión a través de un patrón variable de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras, que pueden actuar con cierta independencia (Miguel-Tobal, 1999).

La teoría tridimensional de la ansiedad (Lang, 1977) la define como aquella reacción emocional que se produce ante la percepción de amenaza o peligro potencial, que se manifiesta en los tres niveles de respuesta: el nivel cognitivo, que se caracteriza por sentimientos de tensión, aprehensión, nerviosismo, preocupación y dificultades para tomar decisiones; a nivel fisiológico se acompaña de cambios a nivel del sistema autónomo y somático, tales como tensión muscular, temblores, sequedad de boca, sudoración, aumento de frecuencia cardíaca, respiratoria y tensión muscular; a nivel motor, se caracteriza por comportamientos poco ajustados, movimientos torpes o sin finalidad concreta. Un componente fundamental es la anticipación, de gran valor adaptativo y funcional (Sandín, 1996).

La función principal de la ansiedad es impedir un potencial daño, mediante respuestas preparatorias, que se ponen en marcha a través de la activación cognitiva (alerta psicológica) priorizando la detección de señales y procesamiento de la información asociados a peligros potenciales; la movilización de recursos fisiológicos (preparación para la acción) y motores (agilidad y rapidez en movimientos) con el objetivo de hacer frente a las posibles consecuencias negativas, reduciendo, paliando o eliminando las mismas (Cano-Vindel & Miguel-Tobal, 2001).

La ansiedad y el miedo son emociones que comparten ciertas similitudes (ambas implican temor, inquietud y desasosiego ante situaciones de peligro o amenaza), por lo que pueden ser consideradas como dos extremos de un continuo lineal del mismo mecanismo biológico de defensa. El miedo es una respuesta a un estímulo amenazante identificable, real, presente, y en consecuencia orienta hacia la acción, a través de conductas de evitación o huida. La ansiedad, por su parte, aparece ante la percepción de amenaza más subjetiva, donde existe ambigüedad sobre la posibilidad de ocurrencia y la naturaleza del acontecimiento, así como incertidumbre sobre la posibilidad de afrontamiento. Por tanto, la ansiedad se orienta hacia el futuro, produciendo un estado de activación no dirigido conductualmente y un estado persistente de preocupación, lo que puede conducir al bloqueo momentáneo de la conducta inmediata de defensa, produciendo a veces una inactividad absoluta y orientando la acción a través de conductas de evitación o huida (Castillo & González-Leandro, 2010).

El componente subjetivo-cognitivo es el más específico del estado de ansiedad, destacándose la influencia de procesos cognitivos (evaluación, sesgos atencionales, atribuciones causales, valoración,

recursos de afrontamiento, etc.) en la aparición de respuestas de ansiedad (Lazarus, 1994; Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970; Eysenck, 1992, 1997), así como la interacción entre una cierta predisposición (rasgo) existente en el individuo y las características de la situación, aspecto propuesto desde el Modelo Interactivo de Endler y Magnusson (Ramos-Cejudo, 2011).

Cuando la respuesta de ansiedad es desproporcionada e irracional se convierte en ansiedad desadaptativa, constituyendo una de las reacciones que mayor cantidad de trastornos mentales, conductuales, emocionales y psicosomáticos produce (Cano-Vindel & Miguel-Tobal, 2001; Piqueras-Rodríguez *et al.*, 2009).

Los síntomas de ansiedad más frecuentes y que constituyen quejas habituales en contextos de atención primaria y especializada son las alteraciones del sueño, preocupación persistente, dificultades para la concentración y toma de decisiones, taquicardia, dificultades para respirar, sensación de ahogo, irritabilidad, nerviosismo, temblores y tensión corporal, cefaleas, incremento o disminución del apetito, con interferencia en la resolución efectiva de problemas, deterioro de la actividad laboral y social, pérdida de la confianza en sus capacidades y aumento de la percepción de estrés (Beck & Clark, 1985; 1997)

3.2.3. TRISTEZA - DEPRESIÓN

La tristeza es una emoción básica con gran variabilidad cultural en su expresión y funciones adaptativas. Sin embargo, cuando su frecuencia, intensidad o duración es excesiva, se transforma en tristeza patológica o depresión, al igual que la ansiedad, con gran impacto en la salud (para una revisión véase Jiménez, 2002).

La tristeza es una respuesta emocional transitoria, caracterizada por presencia de un estado de ánimo negativo, desánimo, melancolía, desaliento, disminución del interés y de la atención, peor ejecución de tareas, mayor número de recuerdos tristes, menor persistencia en tareas irresolubles, así como la pérdida de energía (nivel cognitivo o subjetivo). A nivel fisiológico se producen cambios en el sistema nervioso autónomo y somático, produciendo tanto, respuestas de aumento o disminución de la tensión muscular, incremento de la tensión muscular en la región superciliar del músculo frontal, disminución del nivel de resistencia de la piel, aumento de la tasa cardíaca, aumento de la presión sanguínea y de la resistencia vascular, molestias corporales difusas, o aumento o disminución de la tasa cardíaca entre otras. A nivel motor (o expresivo) se observa disminución de la actividad en general, aislamiento, lentitud o inquietud motora, retardo psicomotor, discurso lento y con mayor número de pausas y silencios, habla resonante y signos faciales distintivos (Choliz, 2005).

Entre los procesos cognitivos implicados en la tristeza destaca la influencia de una valoración de pérdida o daño irreparable, la focalización de la atención en las consecuencias negativas, así como la existencia

de factores de vulnerabilidad psicológica latentes que, ante eventos estresantes o negativos, aumentan la probabilidad de padecer tristeza patológica o depresión (Vázquez, Hervás, Hernangómez, & Romero, 2009).

La forma clínica de la tristeza es la depresión, consistente en un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una sensación de tristeza intensa de duración superior de dos meses y que se puede producir por diversas causas tales como acontecimientos de la vida diaria relacionados con pérdida o incapacidad para hacerles frente; cambios neuroquímicos, asociado a otros trastornos físicos o médicos, efecto secundario de fármacos, entre otros (Piqueras, et al., 2009).

Asimismo, en la actualidad, también se reconoce la importancia del contexto en la génesis y mantenimiento de síntomas depresivos. El modelo contextual sitúa los trastornos psicológicos en el contexto de las circunstancias personales y los síntomas son considerados acciones que se desarrollan a lo largo de la vida y que cumplen alguna función en el contexto en el que se desarrollan. Es decir, los síntomas se constituyen a la vez en problemas e intentos de solución, aunque resulten ineficaces. De esta forma los síntomas depresivos se entienden como intentos fallidos de solucionar problemas o pérdidas significativas en la vida (p.ej. muerte de un familiar, disolución de una relación, pérdida de un empleo, no consecución de una meta importante o dificultad para afrontar efectivamente acontecimientos negativos de la vida cotidiana). El sistema de creencias, dimensiones de personalidad, aprendizaje de estrategias de afrontamiento y regulación emocional, jugarán un papel importante en la génesis y mantenimiento de las mismas. Por otra parte, desde este enfoque contextual, buena parte de los síntomas depresivos funcionarían como "conductas de evitación", constituyendo un problema secundario derivado de las circunstancias depresógenas iniciales que, sin embargo, juega un papel primordial en la situación depresiva (Pérez –Álvarez, 2007).

Tal como se desprende de lo anterior, las reacciones emocionales displacenteras, forman parte de las respuestas psicofisiológicas resultantes de procesos interactivos entre situaciones y la persona. La mayor prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos en mujeres, ha dado lugar al cuestionamiento de las causas por las que esto ocurre.

En el siguiente apartado se aborda el modo en que se ha incorporado la perspectiva de género al estudio de las emociones, lo que ha permitido avanzar en la identificación de diferentes interacciones potencialmente generadoras de vulnerabilidad, y que subyacen a las diferencias en prevalencia y síntomas entre hombres y mujeres, y por ende que afectan a la calidad de la salud psicológica y bienestar de las mujeres, así como a su cuidado e intervención en su salud.

3.3. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN SALUD PSICOLÓGICA.

El análisis y perspectiva de género en salud, busca conocer las diferencias en las relaciones y roles desempeñados por mujeres y hombres para determinar cómo repercuten en la salud física, psicológica y social, a través de factores de protección y de riesgo, las manifestaciones, gravedad y frecuencia de las enfermedades, así como el impacto en la salud (OMS, 2002).

Las diferencias en salud observadas entre hombres y mujeres, así como las complejas relaciones entre género y salud, indican la importancia de factores sociales en el surgimiento y desarrollo de las mismas. Los distintos roles y comportamientos de los hombres y las mujeres en una cultura determinada, condicionados por normas y valores sociales y culturales, da lugar a diferencias de género. Si bien no todas las diferencias entre hombres y mujeres generan desigualdades, la existencia de determinadas normas y valores sobre los que es propio de cada sexo, sí producen desigualdades de género con influencia en el estado de salud integral (OMS, 2002).

En este sentido, las diferencias de sexo y de género influyen en la salud de las personas a través de los distintos determinantes o condicionantes, que van desde la vulnerabilidad, la naturaleza, severidad y frecuencia de ciertos problemas de salud, pasando por la manera en que los síntomas son percibidos por las personas y su entorno hasta el modo de utilizar los servicios sanitarios. A la vez, estas diferencias pueden contribuir a generar diferencias en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico, así como influir en la adherencia a los tratamientos, prevención y pronóstico de los problemas de salud de mujeres y hombres (Borrell & Artazcoz, 2008).

Por otra parte, las conductas relacionadas con la salud han sido tradicionalmente diferentes entre mujeres y hombres. En los hombres han destacado por su impacto las conductas de riesgo físico produciendo mayor frecuencia de enfermedades o accidentes en etapas medias de la vida. Mientras que en las mujeres han sido los roles sociales los que han influido notablemente en la salud y contribuyen a generar problemas crónicos, físicos y mentales, a lo largo de toda la vida (Rohlf, et al., 2000).

En la definición de salud mental ha existido un doble estándar para hombres y mujeres. Durante mucho tiempo, se han considerado sanas aquellas mujeres tendentes al conformismo, sumisas, dependientes y emocionalmente expresivas, mientras que los hombres sanos eran aquellos tendentes a ser lógicos, racionales, agresivos y no emocionales. Estos estereotipos han dado lugar a consecuencias perjudiciales para ambos sexos y en la actualidad, se considera que la confianza en sí mismo/a, la asertividad, sensibilidad hacia los demás, intimidad y comunicación abierta, son cualidades deseables para todos los seres humanos por sus características positivas para el bienestar (Montesó-Curto, 2008).

Por otra parte, las diferencias encontradas en medidas auto-informadas de síntomas físicos y psicológicos en hombres y mujeres, pueden estar influidas tanto por aspectos biológicos ligados al sexo,

así como diferencias de género (Van Diest, De Pauter, Eertmans, Bogaerts, Victoir, & Van den Bergh, 2005). Por ejemplo, las mujeres informan más y de síntomas más severos en medidas retrospectivas (Kolk, Hanewald, Schagen & Van Wijk, 2003; Pennebaker, 2002). Esto puede explicarse por diferencias en el proceso de socialización diferencial de género, siendo las mujeres más proclives a informar más sobre sus síntomas comparados con los hombres (Verbrugge, 1982). A la vez que las diferencias en la morfología corporal y funcionamiento hormonal, podrían explicar algunas diferencias de género importantes en las respuestas fisiológicas al estrés (Taylor, Klein, Lewis, Gruenenwald, Gurund, & Updegraff, 2000), así como diferencias en variables psicológicas relevantes en la percepción de síntomas (Van Diest et al., 2005).

3.3.1. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Estudios realizados desde una perspectiva epidemiológica, con grandes muestras de sujetos y datos de encuestas nacionales, encuentran sistemáticamente diferencias entre sexos en la prevalencia de trastornos mentales específicos, siendo más prevalentes en mujeres los trastornos emocionales (trastornos depresivos y de ansiedad), mientras que en los varones prevalecen los trastornos de personalidad antisocial y trastornos de abuso de sustancias, aunque no se observan diferencias de género en las tasas globales de trastornos mentales (Sachs-Ericsson & Ciarlo, 2000; Eaton, Krueger, Balsis, Skodol, Markon & Hasin, 2012).

Los resultados de un estudio transversal realizado con datos de la Encuesta Nacional de Salud de España (2006) en el que participaron 29.476 personas con edades comprendidas entre 16 y 64 años, no institucionalizadas y representativas de la población residente en España, muestran una mayor prevalencia de problemas de salud mental en mujeres (24,6%) que en hombres (14,7%), observándose una relación significativa entre peores condiciones socioeconómicas y mayor prevalencia de problemas de salud mental (sin estudios o primarios: 16,7% hombres y 29,1% mujeres). En relación con la vida laboral, se observa mayor prevalencia en personas con baja laboral (43,3% hombres y 47% mujeres), desempleadas (27,9% hombres y 30,2% en mujeres) y jubilados/as y pensionistas; mientras que entre las personas que trabajan, la mayor prevalencia se relaciona con contratos laborales precarios y mayor estrés laboral (21,7% hombres y 30,6% mujeres). Se observa sistemáticamente una mayor morbilidad en las mujeres en todas las condiciones analizadas (Véase Bones-Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell & Obiols, 2010).

La constatación de diferencias cualitativas y cuantitativas entre hombres y mujeres en cuanto al perfil psicopatológico y a la morbilidad psiquiátrica; la mayor presencia de alteraciones psiquiátricas en las mujeres (Montero, Aparicio, Gómez-Beneyto,...et al., & Vázquez-Barquero, 2004); la prevalencia de ciertos trastornos, denominados genéricamente desórdenes emocionales (Cano-Vindel, 2011); así como las características diferenciales en la forma de expresar y manifestar el malestar de hombres y mujeres, ha llevado a considerar la pertenencia al sexo femenino como factor de riesgo de padecer sintomatología

depresiva y ansiedad (Alonso & Lepine, 2007; Valls-Llobet, Ojuel-Solsona, López-Carrillo & Fuentes-Pujol, 2007).

Uno de los fenómenos más contrastados en relación al ajuste emocional a través de distintas culturas, países y razas, es la mayor incidencia de trastornos depresivos y de ansiedad en las mujeres (Fernández-Berrocal & Extremera, 2006).

Respecto a los trastornos de ansiedad estos parecen ser no sólo más frecuentes, sino también más incapacitantes en mujeres respecto a los hombres. Así, la prevalencia año/vida de trastornos de ansiedad es mayor en mujeres. Si bien no existen diferencias entre sexos en la edad de aparición y cronicidad de enfermedades mentales, mujeres con un diagnóstico de ansiedad tienen más probabilidades, respecto a los hombres, de ser diagnosticadas también en otro trastorno de ansiedad, bulimia nerviosa o depresión mayor y se constata una mayor carga de enfermedad asociada a trastornos de ansiedad en mujeres respecto a los varones (McLean, Asnaani, Litz, & Hofmann, 2011).

Los mecanismos propuestos para explicar tales diferencias provienen fundamentalmente de cuatro planteamientos: (a) el modelo biomédico, postula que son los factores constitucionales, genéticos y/o endocrinos los que condicionan las diferencias de morbilidad psiquiátrica entre ambos sexos; (b) desde estudios epidemiológicos se atribuyen las diferencias a la exposición diferencial a factores de riesgo (conductas y exposición a sustancias diferentes); (c) enfoques ambientalistas o psicosociales, defienden que son las variables socioculturales, a través de los roles y patrones de conducta socialmente impuestos, las que en última instancia condicionan el modo en que hombres y mujeres manifiestan y afrontan su malestar, combinando categorías de análisis a nivel individual e interpersonal (diferencias en personalidad, afrontamiento, autoeficacia) y aspectos sociales, económicos y políticos que contribuyen con diferentes riesgos para la salud de hombres y mujeres; (d) el modelo biopsicosocial, integra los diferentes elementos de los anteriores, considerando la interrelación entre estos factores, biológicos, psicológicos y sociales en la determinación de las condiciones de salud (Montero et al. 2004; García-Mina, 2000).

En el siguiente apartado, se hará referencia a la socialización emocional diferencial de género. A lo largo de siguientes capítulos, se abordarán los aspectos relevantes en cuanto a las normas de género femeninas y la influencia que desde enfoques psicosociales se han propuesto en relación a los procesos cognitivo-emocionales asociados a la salud psicológica, percepción de estrés, creencias disfuncionales, estilos de afrontamiento y estrategias de regulación emocional más frecuentes en mujeres.

3.3.2. EMOCIONES Y GÉNERO

Desde explicaciones socio-ambientales se hace énfasis en la influencia que la socialización temprana de niños y niñas en la adquisición de conductas apropiadas de género puede tener en la forma en que hombres y mujeres experimentan, gestionan y expresan sus emociones y malestares.

La socialización es un proceso interactivo entre el individuo, la familia y la sociedad, a través de los cuales se transmiten contenidos culturales de una generación a la siguiente y que se incorporan en forma de conductas y creencias a la personalidad de cada individuo.

Así, el modo en que se gestionan las emociones, la forma de hacer frente a los eventos potencialmente estresantes, los recursos y los contextos en los que se desarrollan las vidas, las metas y proyectos vitales, tendrán un impacto diferencial en la salud psicológica y bienestar general de las personas y por lo tanto, la socialización diferencial de género, constituirá parte central en la adquisición de habilidades y estrategias vinculadas con la educación emocional.

3.3.2.1. SOCIALIZACIÓN EMOCIONAL DIFERENCIAL

Por socialización diferencial de género se entiende la transmisión de valores, actitudes y comportamientos propios del sexo masculino o femenino, a través de comportamientos, expectativas, refuerzos y sanciones, exposiciones a situaciones, objetos o formas de interacción diferenciada en función del sexo de los niños y niñas, que en etapas tempranas fundamentalmente recae en los progenitores y familia y que contribuyen al aprendizaje e interiorización de los que es propio de hombres y mujeres en la sociedad.

Los estereotipos de género influyen poderosamente en la realidad de las diferencias de género en torno a las emociones. Brody y Hall (2008) señalan que, *“por un lado contribuyen a generar expectativas acerca de los comportamientos y expresiones emocionales particulares en función de nuestros compañeros del mismo sexo y del sexo opuesto, convirtiéndose en profecías que se auto-cumplen y por otro, que los estereotipos conllevan prescripciones implícitas en forma de reglas de expresión, que son normas culturales que regulan cómo, cuándo y dónde las emociones pueden ser expresadas por hombres y mujeres en cualquier cultura particular. La violación de estas reglas estereotípicas puede conducir a consecuencias sociales negativas tales como el rechazo social o la discriminación”* (p. 396).

El papel de la socialización directa parece crucial para el desarrollo sobre el cual se construye uno de los elementos centrales en el autoconcepto personal: la identidad de género. Si bien la identidad supone una construcción individual y social, la socialización diferencial será uno de los procesos estrechamente

ligados a estos elementos identitarios tales como el autoconcepto y auto-identidad sexual y la categorización cognitiva (Bem, 1981; Block, 1983; Maccoby & Jacklin, 1974; Maccoby, 1988).

La adquisición de las diferencias sexuales en el comportamiento es consistente con las teorías del aprendizaje social y funcionan a través principalmente del modelado, refuerzo e imitación, las interacciones sociales a través de la familia, escuela, grupos de iguales, y medios de comunicación (Lytton & Romney, 1991).

Según la teoría de la socialización diferencial, las personas, adquieren identidades diferenciadas de género que conllevan estilos cognitivos, actitudinales y conductuales, códigos axiológicos y morales y normas estereotípicas de la conducta asignada a cada género que afecta a muchos aspectos de la vida humana (Walker & Barton, 1983; citado en Ferrer, Bosch, Navarro, Ramis & García, 2008). Los estereotipos de género y comportamiento tipificado sexualmente, guiaría las interacciones de los progenitores de manera diferencial respecto a los niños y niñas.

Respecto a la educación emocional, a los niños se les suele reprimir la expresión o manifestaciones afectivas, mientras que a las niñas se les anima a atender a las emociones dado el papel central que cumple en las relaciones con los demás y en especial con la prestación de cuidados, aspecto atribuido a la feminidad y que, a través de juegos, se refuerza la importancia de ser agradables, maternales y atentas a las necesidades de los demás (Eichnbaum, et al., 1990).

Si bien el estudio sistemático de las prácticas de socialización realizada por los progenitores arroja resultados contradictorios o insuficientes debido a problemas metodológicos, en líneas generales parece existir consenso en que; existe un refuerzo de conductas sexualmente tipificadas, por ejemplo, en las actividades de juego tradicionalmente clasificadas por sexo, opciones de juguetes (Maccoby, et al., 1974); los padres tienden a hacer mayores diferencias entre hijos e hijas que las madres; existe mayor inhibición de la expresión de la agresividad en las niñas y un fomento de la calidez y aspectos nutricios de las niñas; y un fomento de la dependencia o desaliento de la independencia en las niñas (Lytton, et al., 1991).

Por otra parte, los estereotipos de género influirán en las manifestaciones y expresividad de los progenitores en función del sexo de los infantes, y podría ser fundamental en el desarrollo de estas diferencias en expresividad emocional. Así se ha sugerido que el ambiente familiar puede ser más exigente o cargado emocionalmente para las niñas respecto a los niños; que las madres suelen ser más expresivas dentro del entorno familiar que los padres; que la expresividad positiva de las madres y la expresividad negativa de los padres eran algo más frecuentes que la expresividad negativa de las madres y la expresividad positiva de los padres, y destacan la importancia que pueden desempeñar las madres en el desarrollo de la expresividad de las niñas, particularmente de las emociones positivas (King & Gordon, 1998).

Si bien existen evidencias de estas diferencias en la educación emocional en función del sexo de los infantes, se señala que las diferencias en la socialización y aprendizaje de diferentes reglas para la expresión emocional, no necesariamente afectan a la experiencia de la emoción. Así, en líneas generales, se sugiere que los niños aprenden a ocultar sus sentimientos mientras que las niñas aprenden a expresar más libremente sus sentimientos a la vez que aprenden cómo controlar su comportamiento expresivo. La *expresión* de la emoción podría estar más socializada que la *experiencia* de la emoción y, por tanto, las diferencias serán sólo en el comportamiento expresivo y no en la emoción experimentada (Brody, 1985; Dunn, Bretherton, & Munn, 1987; Maletesta, Culver, Tesman & Shepard, 1989).

Respecto a las diferencias en el uso de narrativas, uso de palabras y alusiones a las emociones con los infantes en edad preescolar, en función del sexo de los progenitores, en un estudio longitudinal, no se encontraron diferencias en el uso de lenguaje emocional según el sexo de los progenitores, pero sí se hallaron en relación con el sexo de la criatura. Ambos progenitores utilizaron más frecuentemente y más variedad de palabras referidas a emociones con las niñas, utilizando más referencias a la tristeza y el disgusto con las niñas, lo que contribuye en las mujeres a aprender que las emociones son un importante aspecto de las experiencias para comentar y hablar con los demás (Adams, Kuebli, Boyle, & Fivush, 1995).

En este sentido, hablar sobre emociones pasadas puede ser crucial en el contexto de la socialización emocional ya que si bien cuando se habla de emociones que están ocurriendo en ese momento, se pone el foco en el manejo y control de las mismas, cuando se habla de emociones pasadas, se favorece la reflexión y la interpretación de las experiencias emocionales. Además, los progenitores pueden focalizarse en determinados tipos de emociones sobre otras, favoreciendo el aprendizaje de la importancia de unas sobre otras, así como discutir sobre las consecuencias de la experiencia emocional. Todo esto contribuirá al aprendizaje de cómo se interpretan y evalúan las propias experiencias emocionales y se han encontrado claras diferencias de género con implicaciones en el aprendizaje emocional. Así, se sugiere que las niñas pueden integrar que la tristeza es parte de sus experiencias emocionales y por tanto hablan de manera más elaborada de esta emoción respecto a los chicos. Esto en un extremo podría contribuir en las niñas a que la rumiación sobre la tristeza es una forma de hacer frente a ese estado emocional, mientras que los niños al no hablar de la tristeza, aprenderían a restar importancia a estos sentimientos y hacerles frente ignorándolos o evitándolos. Por otra parte, si se tiene en cuenta el contexto situacional en el que se encuadran las narrativas sobre las emociones entre progenitores y niñas o progenitores y niños, existe una tendencia a enfatizar en el caso de las niñas las preocupaciones por las relaciones interpersonales (Fivush, Brotman, Buckner & Goodman, 2000).

3.3.2.2. ESTEREOTIPOS DE GÉNERO Y EMOCIONES.

Respecto a evidencias encontradas sobre las diferencias de género en cuanto a la expresión y estrategias de gestión de las emociones, desde las teorías de la socialización diferencial, se propone que son los estereotipos de género los que contribuyen en gran medida a estas diferencias, ya que se enfatiza la naturaleza emocional de las mujeres, asignando a las mujeres roles congruentes con ellos. Asimismo, los estereotipos de género sobre el funcionamiento psicológico contribuyen a mantener creencias sobre la mayor sensibilidad, conocimiento y experticia de las mujeres en el terreno de lo emocional.

La idea de la expresividad emocional más frecuente y elevada en las mujeres, está fuertemente arraigada en los estereotipos de género femeninos, que ha dado lugar a considerar la expresividad, una dimensión de la feminidad contrapuesta a la instrumentalidad asociada a la masculinidad (Spencer & Helmreich, 1978).

En este sentido, el estereotipo de que las mujeres son más emocionales que los hombres es un fenómeno generalizado a través de varias culturas diferentes, así como que las mujeres son más intensas y expresivas emocionalmente, o poseen mayor sensibilidad y habilidad en uso de las señales no verbales relacionados con la emoción (Brody et al., 2008; MacLean & Anderson, 2009).

Además, los estereotipos hacen referencia al tipo de emociones más prototípicas y frecuentes en hombres y mujeres. Así, emociones positivas (p.e., alegría, amor, la felicidad, calidez y sentimientos de bienestar) y negativas (p.e., vergüenza, la sorpresa, la tristeza, el miedo, ansiedad, dolor y la culpa) se asocian más con mujeres (Fischer & Manstead, 2000; Simon & Nath, 2004). Mientras que la ira, el desprecio y el orgullo se asocian más con los hombres (Plant, Hyde, Keltner, & Devine, 2000).

La mayor emocionalidad atribuida a las mujeres, podría reflejar, bien una mayor expresión y exteriorización de los estados emocionales respecto a los hombres; bien que las mujeres experimentan en mayor medida o más emociones; e incluso que existan diferentes niveles de activación fisiológica ante determinadas reacciones emocionales.

Kring y Gordon, (1998) encontraron que las mujeres son más expresivas que los hombres, sin embargo, no informan de mayores niveles de emoción. Asimismo, encontraron diferencias en la conductancia de la piel, sin embargo, esas diferencias no parecen apoyar la idea de que las mujeres son más emocionales que los hombres. Es decir, encontraron que, en cuanto a las respuestas psicofisiológicas de la emoción, las mujeres más expresivas tendían a ser menos sensibles a nivel psicofisiológico y los hombres que eran menos expresivos, tendían a ser más receptivos a nivel psicofisiológico.

Las implicaciones de los estereotipos de género femeninos asociados a la naturaleza emocional de las mujeres son múltiples. Por una parte, propician la aparición de sesgos de género en la atención sanitaria, definidos como la diferencia en el tratamiento de hombres y mujeres con un mismo diagnóstico clínico (Ruiz & Verbrugge, 1997), suponiendo diferencias entre hombres y mujeres cuando no las hay, o bien asumiendo una normalidad de determinadas manifestaciones emocionales en las mujeres. Otra consecuencia, es la medicalización de los malestares de las mujeres, con un incremento de prescripción de psicofármacos, más frecuente en las mujeres. Asimismo, el estereotipo sobre la mayor emocionalidad en las mujeres, en ocasiones, a sesgos en el esfuerzo diagnóstico o bien en la exploración de posibles enfermedades que cursan con síntomas ansioso-depresivos (p.e. enfermedades endocrinas como tiroideas o déficit de hierro como anemias; problemas musculo-esqueléticos y dolor) (Para una revisión véase Valls-Llobet et al., 2007).

A nivel psicológico e intrapersonal, la interiorización de estos estereotipos sobre la emocionalidad de las mujeres, puede jugar un papel importante en relación a las propias expectativas sobre cómo deberían entender y manejar las propias emociones, causando afectación en la autoestima, interfiriendo en el afrontamiento de las fuentes generadoras de malestar, propiciando bien un exceso o déficit en la atención hacia las mismas y favorecer respuestas rumiativas sobre las causas, síntomas y consecuencias del malestar, con el consecuente incremento de malestar emocional y preocupación. Asimismo, los estereotipos sobre la incontrolabilidad de los estados emocionales propios asociadas a creencias sobre la inevitabilidad de las emociones, contribuiría a modos pasivos de afrontamiento, incrementado la percepción de estrés ante respuestas emocionales displacenteras y por ende limitando una de las funciones adaptativas de las emociones.

Por otra parte, se encuentra que la mayor sensibilidad en las mujeres para la identificación de señales no verbales y expresiones faciales de afecto, podría constituir una vulnerabilidad a la información sobre amenazas transmitidas socialmente que potenciarían respuestas de ansiedad y la reevaluación de las situaciones de manera rumiativa (Brody et al., 2010).

En cuanto al estudio empírico de la influencia del género (feminidad y masculinidad) en las sobre manifestaciones emocionales de ansiedad y depresión con población general, si bien son escasos, se constatan diferencias en las manifestaciones y síntomas de ansiedad auto-informada, sintomatología somática, ansiedad e insomnio, y conductas de evitación en mujeres; estas diferencias o bien desaparecen al equiparar en medidas de género (feminidad y masculinidad) o emergen otros patrones de relación. Una mayor instrumentalidad (masculinidad) independientemente del sexo, correlaciona negativamente con evitación y menor ansiedad anticipatoria sólo en las mujeres (Matud & Aguilera, 2009; McLean & Hope, 2010; Styanova & Hope, 2012).

Asimismo, las mujeres que puntúan alto en feminidad muestran niveles más altos de ansiedad, siendo las mujeres con mayores puntuaciones en creencias tradicionales del rol de las mujeres, las que muestran

mayores niveles de ansiedad (Pérez-Blasco & Serra, 1997). Respecto a las diferencias de género en la expresividad, los resultados son inconsistentes, mientras que algunos encuentran que la feminidad se relaciona con expresividad, otros no (Kring & Gordon, 1998).

Los resultados sobre las diferencias entre sexos en síntomas depresivos en población general, de igual modo, confirman mayor predominio de síntomas auto-informados en mujeres, si bien en cuanto a la influencia del género, no son concluyentes. Así, algunos estudios (p.e. Wilhelm, Parker, & Asghari, 1997) no encuentran diferencias en el número o duración de los episodios, si bien las mujeres informaron más síntomas por episodio y mayor frecuencia de síntomas específicos (p.e. llanto, apetito y aumento de peso). En dicho estudio, el número de síntomas correlacionó con las puntuaciones en neuroticismo, autoestima, rasgo depresivo y con los roles de género, pero no con el sexo. El número de episodios se relacionó con rasgo depresivo y autoestima. Estos autores concluyen que existen relaciones entre el sexo femenino, neuroticismo y número de síntomas experimentados durante episodios de estado de ánimo deprimido. Si bien estos vínculos están más relacionados con el sexo femenino que con los roles sexuales femeninos o problemas premenstruales y que estos se reflejan en la severidad de los cambios afectivos, pero no en el número de episodios.

Mientras que los resultados de un reciente estudio meta-analítico (Wang, Lu, Cheung, Neuman, Shum & Chan, 2016) sobre la preponderancia de las mujeres en síntomas depresivos, realizada en población general y tras analizar 91 estudios realizados en distintos países y regiones de seis continentes, confirman la presencia de mayores niveles de autoinforme de síntomas depresivos en mujeres, si bien en este caso, los resultados dan apoyo a la teoría de los roles sociales de género en la explicación de las diferencias de género, donde las desventajas asociadas a un menor estatus de las mujeres (tanto en los puestos de trabajo como en las relaciones de pareja heterosexuales) son condiciones generadoras de estrés y tensión crónicas que contribuyen al incremento de la vulnerabilidad para síntomas depresivos en las mujeres.

La mayor exposición a factores de estrés asociados a los roles de género femeninos, es decir, mayor número de acontecimientos estresantes y sensibilidad a los efectos depresivos de los mismos, ha sido propuestos como principales elementos de vulnerabilidad para síntomas depresivos y ansiedad en las mujeres.

Sin embargo, algunos estudios (p.e. Kendler, Thornton & Prescott, 2001), no encuentran diferencias entre sexos respecto a esos factores, pero sí en el tipo de problemas. Las mujeres informaron sistemáticamente más problemas domésticos, pérdida de confianza, crisis y problemas para llevarse bien con personas de red cercana y problemas de enfermedades en personas de su red social, mientras que los hombres informaron más problemas vinculados con pérdida de empleo, problemas legales, robo y problemas de trabajo. También encuentran diferencias consistentes entre hombres y mujeres en el efecto depresivo de los eventos vitales estresantes en tres categorías: los hombres eran más sensibles a los efectos depresivos del divorcio o separación y problemas de trabajo, mientras que las mujeres lo eran a

los efectos depresogénicos de los problemas de relación con personas de su red cercana. Estos autores, concluyen que las mujeres reportaron más eventos estresantes respecto a las relaciones interpersonales, mientras que los hombres más eventos relacionados con problemas legales y el trabajo, y que la mayoría de las categorías de eventos de la vida influían de manera similar en el riesgo de depresión de manera similar en ambos sexos. Estos resultados, según los autores, sugieren que la mayor prevalencia de depresión mayor en mujeres no se debe ni a las diferencias en las tasas de eventos vitales estresantes ni a la sensibilidad diferencial a su efecto patogénico.

Diversas explicaciones se han propuesto para dar cuenta estas diferencias, como se verá a continuación en los dos siguientes capítulos, en los que se abordan elementos centrales relacionados con la estrés y regulación emocional, dada su relevancia en las explicaciones de vulnerabilidad para la emergencia de síntomas de ansiedad y depresión.

Capítulo 4 Percepción de Estrés

CAPÍTULO 4. PERCEPCIÓN DE ESTRÉS

En este capítulo se abordan las principales conceptualizaciones de estrés, con énfasis en las teorías transaccional y procesual del mismo en relación con la salud psicológica y en particular en los factores cognitivos involucrados en la percepción subjetiva de estrés. Posteriormente se describen las principales explicaciones e hipótesis psicosociales propuestas para dar cuenta de las diferencias en salud psicológica asociados a factores de estrés en las mujeres.

4.1. PRINCIPALES MODELOS Y CONCEPTUALIZACIONES DE ESTRÉS.

El estrés es un proceso psicofisiológico adaptativo necesario para dar respuesta a demandas internas o externas de los individuos, que se acompaña de cambios fisiológicos, psicológicos, emocionales y conductuales. En este sentido, el estrés es una variable central en la salud física, psicológica y social, que se ha definido y estudiado desde diferentes enfoques, conceptualizaciones y énfasis en sus distintos componentes (fisiológicos, psicológicos o ambientales) y que ha dado lugar a distintas explicaciones en relación a las diferencias de género en síntomas ansiosos y depresivos más frecuentes en las mujeres.

El estrés puede ser entendido como un fenómeno del entorno (externo), como una respuesta del individuo o como una interacción entre el individuo y el medio (Sandín, 1999). En este sentido, el estrés como conjunto de reacciones neurológicas y fisiológicas adaptativas, ha sido objeto de estudio desde diversas conceptualizaciones con el objetivo de identificar reacciones corporales asociados al estrés y procesos cognitivos que influyen en la percepción de estrés (Pearlin, 1982; 1989).

A continuación, se describen los principales enfoques y modelos de estrés.

4.1.1. ENFOQUE PSICOSOCIAL DEL ESTRÉS:

La concepción del estrés como *estímulo o fenómeno externo*, se ha centrado en la estimulación nociva (estresores) que recibe un organismo y que produce tensión y/o se perciben como amenazantes o peligrosas. Es decir, se centra en aquellos factores, estímulos o condiciones ambientales que generan respuestas de reajuste por parte de los individuos (Cannon, 1932; Holmes & Rahe, 1967).

Dentro de esta perspectiva, el modelo propuesto por el grupo de Holmes (1967) denominado *enfoque psicosocial del estrés* (o enfoque de los acontecimientos vitales), se entiende el estrés como una variable independiente definida como una carga o demanda sobre los individuos que, al sobrepasar ciertos límites, genera malestar y se experimenta estrés. En un primer momento se

puso énfasis en el impacto de acontecimientos vitales mayores, sucesos y experiencias objetivas que conllevan un reajuste sustancial en las actividades cotidianas de los individuos y con impacto para el bienestar (p.e. nacimiento de hijo, contraer matrimonio, pérdida de un ser querido, cambio de residencia, etc.). Sin embargo, posteriormente, se ha puesto de manifiesto la importancia que tienen los sucesos cotidianos para el bienestar de las personas. Si bien estos sucesos menores son de menor impacto, al ser más frecuentes, cercanos y estar presentes en la vida cotidiana, tienen mayor significado para la salud de las personas (Lazarus & Folkman, 1987), demostrándose el impacto estresante de las molestias diarias, contratiempos y dificultades crónicas en el bienestar físico y psicológico de los individuos (Sandín, 2003).

El estrés psicosocial constituye un factor que predispone al desarrollo de diversas enfermedades cuyos efectos impactan en la calidad de vida y de la salud. El modo de hacer frente a los desafíos ambientales vendrá determinado por distintos factores (genéticos, ambientales, físicos, experiencia previa, ayuda social y características individuales). Asimismo, cuando estas experiencias son repetitivas e incontrolables, pueden influir perjudicialmente en el estado de salud, expresión o desarrollo de determinadas enfermedades físicas, psicofísicas y trastornos afectivos como la ansiedad y la depresión (Molina-Jiménez, Gutierrez-García, & Hernández-Domínguez, 2008 ; Rozanski, Blumenthal, & Kaplan, 1999; Drantz, Kop, Santiago, & Gottdiener, 1996; Steptoe & Marmot, 2002), si bien se reconoce que los efectos de los mismos, dependerán de la percepción que cada individuo tiene sobre los estresores, su capacidad para afrontarlo, su preparación individual brindada por la sociedad y el uso de estrategias socialmente aceptadas (Sandín, 2003).

4.1.2. SÍNDROME GENERAL DE ADAPTACIÓN

La aproximación al *estrés como respuesta*, pone el énfasis en las reacciones de los organismos ante dichos estresores, entendiendo la respuesta de estrés como un estado de tensión con un componente psicológico (conducta, pensamientos, emociones de la persona) y otro fisiológico referido a la activación somática o arousal (Fernández-Martínez, 2009).

Hans Selye (1956) describe el Síndrome General de Adaptación (SGA), con especial énfasis en las respuestas psicofisiológicas, inespecíficas que se ponen en marcha ante estímulos o estresores diferentes tanto agradables como desagradables y cuya función es movilizar recursos físicos y psicológicos para el ajuste interno y externo necesario para la supervivencia, que implica una activación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y del sistema nervioso autónomo (glándulas suprarrenales, sistema cardiovascular, respiratorio y metabólico), relacionados con las emociones. Así, el estrés entendido como respuestas del individuo (activación simpática, liberación de catecolaminas, cortisol, ansiedad, ira, tristeza, miedo, etcétera) permite considerar el estrés como una variable dependiente.

Esta teoría de respuesta inespecífica al estrés ha sido cuestionada por algunos autores, matizando que este síndrome general de adaptación, dependerá de la percepción los estímulos como amenazantes, destacando la importancia de los factores sociales, ya que la misma forma de estrés podrá tener diferentes desenlaces en función de los contextos estructurales y culturales. La vulnerabilidad a las enfermedades se incrementaría cuando se cronifican estas demandas excesivas y las consecuentes respuestas de estrés dificultando el proceso de homeostasis (Cannon, 1932) o tendencia constante de los organismos a recuperar el equilibrio tras las alteraciones provocadas por las demandas del medio (Fernández-Martínez, 2009).

4.3.3. TEORÍA TRANSACCIONAL Y PROCESUAL DEL ESTRES

La tercera aproximación, propuesta por Lazarus y Folkman (1984), entiende el *estrés como un proceso* psicofisiológico que incluye las perspectivas anteriores (estresores y respuestas) y añade la interacción persona y ambiente con una influencia recíproca en el proceso de estrés. Destaca la importancia de la percepción y respuesta que ponen en marcha los individuos ante los diferentes estímulos potencialmente estresantes, que dependerán de la valoración que realiza la persona sobre estos eventos, emociones y afectos asociados a dicha valoración y los esfuerzos conductuales y cognitivos para hacer frente a los mismos (Piqueras, et al., 2009).

Desde la *teoría transaccional* propuesta por Lazarus y Folkman (1984), el estrés psicológico es el resultado de una valoración de la situación como amenazante o desbordante de los recursos de la persona y la percepción de sobreexigencia o sobrecarga y que es perjudicial para el propio bienestar del individuo en particular. De esta forma, las diferencias individuales juegan un papel central en los procesos de estrés. Así, las características predisponentes, motivaciones, actitudes y experiencias previas influirán en el modo en que las personas perciben y valoran las demandas, que a su vez influye en los estilos de afrontamiento, las respuestas emocionales y a largo plazo en el estado de salud (Fernández- Martínez, 2009).

El modelo transaccional postula un proceso de evaluación del individuo dirigido paralelamente hacia el ambiente y los propios recursos. La activación fisiológica asociada a respuestas de estrés, vendrá determinada por tipos de evaluaciones que realiza la persona sobre la situación (evaluación primaria) y de sus habilidades o recursos para hacerle frente de manera exitosa (evaluación secundaria). Así, cuando la situación activadora es evaluada como amenazante o perjudicial y la valoración de los recursos personales para hacerle frente son escasos o insuficientes, aparecerán respuestas emocionales displacenteras acordes con esta percepción (p.e. enfado, ansiedad, miedo, tristeza) con sus correlatos fisiológicos y conductuales de activación, cuya principal función es contribuir a dar respuesta a dichas demandas. La reevaluación de la situación (evaluación terciaria) resulta de procesos de retroalimentación en función de las interacciones de la persona con las demandas externas o internas y proporcionan nueva información que influye en las

valoraciones previas durante el proceso de afrontamiento y permiten rectificar las percepciones y por ende las respuestas (cognitivas, emocionales y conductuales) ante estas demandas (González-Ramírez & Hernández -Landro, 2008).

El *modelo procesual de Sandín* (1999), integra la teoría transaccional de estrés con una orientación más explícita sobre los resultados de salud. Enfatiza el papel de la interpretación de los síntomas postulando que, en presencia de estresores, las personas pueden o no percibir estrés, en función de la valoración que hace de sí misma (autoestima y autoeficacia), del apoyo social percibido y de la valoración de la situación como amenazante, desafiante, o de daño o pérdida. También se considera que ciertas variables sociodemográficas pueden estar asociadas a la percepción de estrés, influyendo en las respuestas emocionales y conductuales (González-Ramírez, et al., 2008).

La teoría transaccional del estrés, como se vio en el capítulo anterior, ha dado lugar a una de las teorías más influyentes de la emoción (Lazarus, 1984) considerando que la emoción es el resultado final del proceso de activación, valoración y búsqueda de solución ante un determinado acontecimiento estresante. La respuesta de estrés es un mecanismo rápido de activación fisiológica y cognitiva que facilita la percepción y evaluación de la situación, así como de las demandas de la misma, con la consiguiente búsqueda de soluciones y conductas apropiadas para afrontar la situación y que dará lugar posteriormente a la reacción emocional congruente con la situación (Fernández-Abascal, 2000; Piqueras, et al., 2009).

Si bien algunos investigadores cuestionan la centralidad de los procesos de evaluación en las respuestas de estrés en base a estudios experimentales que aportan evidencias sobre el procesamiento no consciente (o pre-atencional) de la amenaza por razones filogenéticas u ontogenética (p.e. Soares & Öhman, 1993) o de la existencia de circuitos cerebrales como la amígdala, que se activan ante la percepción de ciertos estímulos sin pasar por la corteza cerebral y por tanto anterior a la evaluación cognitiva propuesta por el modelo cognitivo transaccional (p.e. Damasio, 1999; LeDoux, 1995, 2003), este modelo es ampliamente aceptado, considerándolo correcto y compatible con estos aspectos citados, aunque en algunos casos sea incompleto o inexacto (Palmero, 1999).

Los factores psicológicos y especialmente los cognitivos juegan un papel relevante en las respuestas de estrés, constituyéndose en factores mediadores entre los estímulos y las respuestas emocionales asociadas a acontecimientos relevantes para las personas y por ende activadoras de procesos de ajuste y adaptación con implicaciones para el bienestar físico, psicológico y social (Lazarus, 1990; Lazarus, et al., 1984, 1993).

4.2. PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE ESTRÉS

La percepción de estrés depende en gran medida de la evaluación cognitiva que se realiza de una situación o acontecimiento.

La evaluación es un proceso universal mediante el cual las personas valoran constantemente la significación de lo que ocurre en relación con su bienestar personal. En este sentido, y de acuerdo con la perspectiva transaccional, el estrés no es exclusivamente un evento externo, sino por el contrario, el estrés psicológico resulta de una relación interactiva entre la persona y el entorno, que ésta evalúa como amenazante o que sobrepasa los recursos para hacer frente a los acontecimientos activadores y que pone en peligro su bienestar (González-Ramírez, et al., 2008).

Lazarus (1999) afirma que una persona presenta estrés sólo si lo que sucede, impide o pone en peligro el compromiso de una meta importante y las intenciones situacionales, o transgrede expectativas altamente valoradas. La percepción subjetiva de estrés está vinculada con el grado de intensidad de este compromiso y parcialmente con las creencias y las expectativas que se crean que pueden ser realizadas o vulneradas.

Existe un amplio consenso en torno a que el impacto de los eventos estresantes “objetivos” en la salud, viene determinado en cierta medida por la percepción que la persona hace del grado de estrés que conllevan (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983; Lazarus, 1977), por tanto la percepción subjetiva de estrés es una variable psicosocial relevante como predictora de salud, ya que ofrece un indicador del grado en que cada individuo valora las situaciones de su propia vida como estresantes (Cohen & Willianson, 1991).

La percepción subjetiva de estrés será el resultado por tanto de las tres valoraciones ampliamente documentadas sobre la experiencia de estrés: la percepción de incontrolabilidad, de impredecibilidad y de sobrecarga (Cohen, et al, 1983, Lazarus, 1977).

El estrés desde esta perspectiva interactiva, es un proceso dinámico, resultante de las discrepancias percibidas entre las demandas del medio y de los recursos para afrontarlas. De esta manera, los elementos que intervienen en el proceso y percepción subjetiva de estrés incluyen tanto estímulos (acontecimientos externos, eventos cotidianos, físicos, psicológicos y sociales), respuestas (reacciones subjetivas, cognitivas, comportamentales) que pueden ser o no adecuadas o adaptativas; los mediadores, es decir, la evaluación del estímulo como amenazante o sobreexigente y de los recursos de afrontamiento como insuficientes para hacer frente a la situación exitosamente (Lazarus, et al., 1984) y los moduladores, es decir, diversos factores que pueden aumentar o atenuar el proceso de estrés, pero no lo provocan ni lo impide (Dahab, Rivadeneira, & Minici, 2010).

En este sentido, la respuesta emocional que media entre un evento objetivo (y no el evento en sí mismo) es el que resulta en la vivencia de estrés, que no solo depende de la intensidad y características del evento sino de otros factores personales y contextuales (Lazarus, 1977; Perlin, 1989) y que intervendrá en la percepción subjetiva de estrés, medida pertinente entre acontecimientos objetivos y su relación con la salud o enfermedad y constituye una variable de respuesta en relación con factores de personalidad, estrategias de afrontamiento, eventos o condiciones estresantes (Cohen, et al., 1983).

Las fuentes potenciales de estrés provienen fundamentalmente del entorno (p.e., ruido ambiental, aglomeraciones, relaciones interpersonales, horarios rígidos, etc.); del propio cuerpo (p.e., cambios fisiológicos asociados a las distintas etapas del ciclo vital, enfermedades, accidentes, reajustes ante demandas ambientales, etc.); y los propios pensamientos (p.e., la interpretación y categorización de las experiencias vitales y las expectativas o consecuencias de los mismos).

En este sentido, una persona experimenta estrés si los acontecimientos impiden o ponen en peligro el compromiso de una meta importante o viola expectativas altamente valoradas. Por tanto, el grado de estrés está vinculado con el grado de intensidad de este compromiso y parcialmente con las creencias y las expectativas que se crean que pueden ser satisfechas o vulneradas. Es decir, es necesario contemplar las características ambientales y personales y su importancia relativa o significado personal de los acontecimientos (Lazarus, 1999), incluyendo factores biológicos, psicológicos y sociales (Pearlin, 1982; Zubin & Spring, 1977).

4.2.1. FACTORES SOCIALES Y PERSONALES EN LA PERCEPCIÓN DE ESTRÉS

La percepción subjetiva de estrés varía y está influida por acontecimientos diarios, eventos vitales y recursos de las personas (Cohen, 1983; Remor, 2006). Los condicionantes sociales (organización social, aspectos socioeconómicos, estatus marital, rol laboral, género, entre otras) pueden estar implicados tanto en el origen como en las consecuencias de las experiencias estresantes (Sandín, 2003).

Entre las variables sociodemográficas que muestran relación con percepción de estrés destacan: sexo femenino (Brody & Hall, 1993; Cohen & Williamson, 1988; Hovanitz & Kozora, 1989; Remor, 2006;); nivel socioeconómico (Sandín, 1999); educación (Ettner & Grzywacs, 2003) y apoyo social (Cohen, 1988; Saranson, 1999).

En cuanto a las variables personales en la percepción de estrés, la autoestima (Montt & Ulloa, 1996) y la autoeficacia (Lazarus, 2000; Bandura, 1977) juegan un papel importante en la forma de hacer frente a los estímulos potencialmente estresantes.

La autoestima, entendida como la evaluación afectiva que la persona hace de sí misma (Buela, Fernández & Carrasco, 1997), determinará en gran medida la interpretación de la realidad y las acciones consiguientes, constituyendo un aspecto muy importante para mitigar el estrés (Álvarez-Icaza, Gómez & Patiño, 2004). La inestabilidad o variabilidad en la autoestima, no así tanto la baja autoestima, parece predecir el aumento de síntomas depresivos (Franck & De Raedt, 2007), encontrándose que una tendencia a la generalización y la presencia de un auto-esquema negativo en interacción con el nivel de estrés percibido predicen la inestabilidad en autoestima (Hayes, Harris, & Carver, 2004, citado en Vázquez, et al., 2009).

Algunos autores diferencian entre autoestima frágil caracterizada por presencia de una alta autoestima explícita y baja autoestima implícita, mientras que la autoestima dañada sería la combinación de una baja autoestima explícita y alta autoestima implícita. Ambas se relacionan con mayor número de conductas defensivas, mayores problemas de salud física y psicológica y menor nivel de bienestar percibido (Schröder-abe, Rudolph, & Schütz, 2007).

Las personas con alta autoestima se involucran más activamente en sus vidas, tienen sentimientos de control sobre las circunstancias, menor ansiedad y mayor capacidad para tolerar el estrés interno o externo, son menos sensibles a las críticas, disfrutan más de sus relaciones interpersonales, con una adecuada valoración de su independencia (Lara, Verduzco, Acevedo, & Cortés, 1993).

Asimismo, una autoestima alta, amortigua los efectos del estrés en la salud mental, actuando como factor protector para síntomas de ansiedad y depresión. Las personas con alta autoestima tienden a utilizar mayor número de estrategias de afrontamiento adaptativas, constituyendo un factor protector respecto a la depresión. Por otra parte, personas con alto rasgo de ansiedad, tienden a ser más evitativas y por tanto tienden a la utilización de estrategias de afrontamiento desadaptativas, constituyendo un factor de riesgo para la depresión y ansiedad (Doron, Thomas-Ollivier, Vachon, & Fortes-Bourbousson, 2013).

La autoeficacia, definida como la creencia en la propia capacidad para realizar determinados comportamientos y tareas, repercuten en la respuesta emocional (Bandura, 1977) y por ende a las cogniciones de control, amenaza o indefensión importantes en la reducción del estado de alerta y vigilancia con afectación de los niveles basales fisiológicos asociados al estrés (Fernández-Martínez, 2009).

En este sentido, las variables personales en interacción con las situaciones o eventos potencialmente estresantes, influyen en el modo de hacer frente a los mismos, dando lugar a distintas formas de afrontamiento con resultados relevantes en la percepción subjetiva de estrés.

Sandín (1999) considera que la depresión y ansiedad son respuestas emocionales ante el estrés. En el caso de la depresión, sería el resultado de la sensación de indefensión para restaurar una vida después de una pérdida importante, incrementando la presencia de pensamientos congruentes con patrones cognitivos negativos (Beck, 1976), que a su vez incrementan la percepción de sobrecarga ante las demandas que se producen tras experimentar una pérdida importante, influyendo en la valoración de los recursos para hacer frente a las mismas, contribuyendo a la sensación de indefensión para manejar la situación. En el caso de ansiedad, Lazarus (2000) considera que es una emoción propia del estrés y que su frecuencia e intensidad se incrementa cuando la persona tiene poca confianza en su capacidad para manejar el mundo con efectividad, afectando a su percepción de autoeficacia.

Los estilos de apego, (Bowlby, 1988; Bartholomew & Horowitz, 1991) también han sido considerados aspectos clave en la percepción de estrés. La disposición a buscar la proximidad para hallar seguridad y protección en tiempos de estrés se ha relacionado con el bienestar emocional y la calidad de las relaciones interpersonales cercanas, influyendo en las percepciones y experiencias de estrés (Kemp & Neimeyer, 1999).

El apego seguro atenúa los efectos de los eventos estresantes de la vida y facilita el adecuado manejo del malestar emocional, ya que las personas con estas características ven a los demás como receptivos, sensibles y a sí mismas como amables y dignas de cuidados, sienten comodidad en la cercanía y pueden discutir las relaciones de forma libre y coherente. Mientras que personas con un estilo inseguro, como es el apego preocupado, tienden a tener una implicación excesiva en las relaciones cercanas, una dependencia de la aceptación de los otros para su bienestar personal, con una exagerada emocionalidad e incoherencia al discutir las relaciones (Bartholomew, et al., 1991)

Los estilos inseguros propician más experiencias de malestar ante acontecimientos estresantes, mayores niveles de síntomas emocionales y pensamientos intrusivos (en el caso del estilo preocupado), mientras que, en el desapegado, incrementa síntomas de evitación del malestar (Kemp, et al., 1999).

Por otra parte, la interdependencia entre respuestas emocionales y estrés propician influencias en ambos sentidos. Es decir, si hay estrés hay reacciones emocionales y a su vez, la presencia de determinadas emociones displacenteras (p.e. ira, envidia, celos, ansiedad, temor, culpa, vergüenza, tristeza) incrementan la probabilidad de que se produzca una mayor percepción de estrés. Asimismo, la presencia de estas emociones displacenteras ofrecen información que permite inferir el modo en que las personas valoran lo que les sucede y el modo de hacer frente a los sucesos (Lazarus, 2000; Spielberger et al., 2007).

4.3. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

El afrontamiento se ha definido como un conjunto de respuestas emocionales, cognitivas y conductuales que constituyen modos de hacer frente a situaciones o acontecimientos estresantes con la finalidad de reducir la respuesta fisiológica y emocional ante los mismos (Lazarus et al., 1984). Son un conjunto de acciones encubiertas o manifiestas, estrategias tanto cognitivas como conductuales, que se ponen en marcha para contrarrestar, controlar, dominar, reducir o tolerar las exigencias o demandas internas y/o externas resultantes de las interacciones estresantes y que constituyen un proceso psicológico con el objetivo de reestablecer el equilibrio alterado ante cambios no deseados y que se acompañan de emociones displacenteras (Fernández-Abascal, 1997; Sandín, 1995) y que pueden ser adaptativas o no (Campos, Páez, & Velazco, 2004; Sandín & Chorot, 2003).

Tanto la evaluación como el afrontamiento son procesos interdependientes en los procesos de estrés y median en la frecuencia, intensidad y tipo de respuestas psicológicas y somáticas de los individuos, que tienen un papel activo en todo el proceso ante situaciones potencialmente estresantes. La evaluación cognitiva y el afrontamiento constituyen mediadores de la interacción constante individuo-ambiente, muy interrelacionados entre sí. En este sentido, los individuos participan activamente en la valoración de lo que consideran estresante y una vez asumida la fuente de estrés personal, puede transformarlas mediante estrategias de afrontamiento (Peñacoba & Moreno, 1999).

4.3.1. MODELOS DE AFRONTAMIENTO:

Los modelos de afrontamiento propuestos parten principalmente de dos enfoques diferentes: afrontamiento centrado en las disposiciones personales y afrontamiento como proceso.

Desde la perspectiva del *afrontamiento centrado en las disposiciones personales*, se proponen distintos estilos de afrontamiento relativamente estables. Por ejemplo, Byrne (1964) propone un constructo unidimensional del afrontamiento representados por los estilos represor (que se caracteriza por tender a la negación y evitación) versus sensibilizador (tendencia a una mayor vigilancia y alerta). Por su parte, Miller (1987) propone dos estilos cognitivos (incrementador y atenuador) relacionados con el modo en que las personas procesan la información. Así el estilo incrementador se caracteriza por alerta y sensible a la información relevante con amenazas y el segundo, tiende a transformar la información o la evitación.

El otro enfoque alternativo es el que considera *el afrontamiento como un proceso* (Lazarus, 1966; 1993). Desde esta perspectiva, el afrontamiento es un proceso complejo y multidimensional sensible tanto al ambiente (demandas y recursos) como a las predisposiciones personales, con

influencias múltiples y efectos sobre el ajuste psicológico y bienestar (Carver & Scheider, 1994; Folkman & Moskowitz, 2003; Sandín, 1995).

En este modelo, el afrontamiento es independiente de los resultados, ya que puede ser adaptativo o no y depende del contexto y de la evaluación de lo que puede hacerse o no para modificar dicha situación (Lazarus, 1993). Además, es un proceso dinámico en el que influyen las experiencias previas de éxito o fracaso; el aprendizaje y el esfuerzo para manejar o adaptarse a la situación (Brannon & Feist, 2001). En este modo, el proceso de afrontamiento va cambiando a medida que los esfuerzos son valorados como exitosos o no, aunque las personas suelen utilizar predominantemente modos más o menos estables. El afrontamiento no es automático, sino que es un patrón de respuesta susceptible de ser aprendido y requiere esfuerzo dirigido o bien a manejar la situación o bien a adaptarse a ella (Lazarus, 1993).

La conceptualización del afrontamiento requiere considerar que no necesariamente es una conducta que se lleve a cabo completamente, sino que también puede considerarse afrontamiento, el intento o esfuerzo realizado, que este esfuerzo puede consistir en conductas visibles o en cogniciones y que la valoración cognitiva de la situación como desafiante o amenazante es un prerequisite para iniciar los intentos de afrontamiento. Los recursos de afrontamiento, constituyen posibilidades de reacción que el sujeto puede poner en marcha o no ante una situación estresante, y por tanto constituyen un factor amortiguador que afecta a la interpretación y respuesta ante los mismos, constituyendo precursores de la conducta y por tanto de la capacidad para manejar efectivamente las situaciones y por ende las consecuencias, síntomas y capacidad de recuperación. Entre los recursos de afrontamiento se encuentran tanto los recursos internos o personales, como los recursos externos o sociales, materiales y no materiales (McCrae & Costa, 1986).

La compleja interacción y niveles de respuesta ante situaciones estresantes, ha dado lugar a distintas clasificaciones y enfoques en el estudio de las estrategias de afrontamiento relacionadas principalmente con la orientación, modo y tipo del esfuerzo de afrontamiento. Así, se distingue entre *afrontamiento centrado en el problema* versus *afrontamiento centrado en las emociones* (Martínez, Piqueras, & Ingles, 2011)

El objetivo del afrontamiento orientado o centrado en el problema es la resolución de la situación o la puesta en marcha de conductas que incidan en las fuentes de estrés. Tiene como objetivos o bien modificar las circunstancias o bien a sí mismo y requiere percibir posibilidades de cambio e incluye la definición, búsqueda de soluciones, balances de costes y beneficios, planificación para la resolución del problema y confrontación. Mientras que el afrontamiento centrado en las emociones tiene como principal objetivo reducir o gestionar el malestar emocional asociado a la situación estresante, ya sea realizando una reinterpretación de los acontecimientos, modificar las

cogniciones sobre el significado de los hechos e incluye la búsqueda de apoyo social emocional, distanciamiento, huida-avoidance, autocontrol, auto-responsabilizarse y reevaluación positiva (Lazarus, et al., 1984). Este tipo de afrontamiento ante situaciones de estrés generalmente constituye una forma pasiva y desadaptativa que puede aumentar la intensidad la respuesta de percepción subjetiva de estrés, con repercusiones contraproducentes en el aspecto emocional y la solución de las demandas generadoras de estrés (Martínez, et al., 2011).

Atendiendo al modo en que se realizan los esfuerzos de afrontamiento, se distingue entre *afrontamiento de acercamiento o aproximación* versus *escape-avoidance*. En esta última, se priorizan las estrategias evitativas con el objetivo de rehuir o sortear la situación estresante, incluyendo el distanciamiento conductual y cognitivo, la negación y el humor (Endler & Parker, 1990). Por último, si se tiene en cuenta el tipo de esfuerzo realizado, se distinguen niveles de *respuestas cognitivas* versus *respuestas conductuales* (Billings & Moos, 1981).

De la combinación de estas dimensiones, se pueden establecen cinco modos básicos de afrontamiento: afrontamiento del problema conductual; afrontamiento del problema cognitivo; afrontamiento centrado en las emociones; escape-avoidance conductual y escape-avoidance cognitivo.

Según Lazarus y Folkman (1984), las elecciones de uno o varios de estos modos básicos de afrontamiento dependerán del proceso de evaluación de la situación y de los recursos personales, destacando que todos los modos tienen su utilidad y que no deberían categorizarse como buenos o malos, sino que dependerá del contexto y las circunstancias en las que son puestas en marcha, reconociendo la importancia de la flexibilidad en el proceso de afrontamiento como clave para su función adaptativa.

Las estrategias de afrontamiento adaptativas son aquellas que contribuyen a disminuir el malestar fisiológico, contribuyen a mejorar la respuesta corporal, minimizan las reacciones emocionales subjetivas negativas y amplifica las positivas, a la vez que refuerzan la autoestima, aumentan las recompensas y disminuyen los castigos, resuelven los problemas y mejoran el rendimiento y ajuste social (Campos, et al., 2004).

Campos y colaboradores (2004) tras realizar un metaanálisis sobre el afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes, afirman que las distintas formas de afrontamiento y regulación emocional pueden desempeñar las mismas funciones psicológicas o formas de conseguir los mismos objetivos o funciones. Así, destacan las distintas funciones u objetivos del afrontamiento: (a) emocional, (b) instrumental, (c) motivacional, (d) integración social y psicosocial, (e) conocimiento y aprendizaje, (f) construcción de sentido y (g) desarrollo personal. Si bien destacan la importancia de diferenciar los objetivos intencionales de sus resultados o efectos (función

adaptativa), ya que no todas las formas de afrontamiento tienen como resultado mejorar el malestar, pudiendo incluso empeorar el malestar afectivo (Para una revisión véase Campos, et al., 2004).

4.4. ROLES DE GÉNERO FEMENINOS Y ESTRÉS.

Desde la perspectiva de análisis de los roles sociales de género, se hace énfasis en cómo las expectativas sociales según el sexo, influye en las conductas sociales diferenciadas. Así de las mujeres se espera que tiendan a comportamientos comunales, es decir, sean amables, desinteresadas y preocupadas por los demás, asimismo las expectativas de roles sociales asignados a las mujeres, como la educación de los hijos y otros trabajos domésticos, contribuye a parte de las diferencias de género observadas en hombres y mujeres, sea por la tendencia a comportarse de manera consistente con los roles de género y también por la influencia que estas experiencias tienen sobre la habilidades y actitudes de uno mismo (Eagly & Wood, 1988).

La hipótesis de la socialización diferencial de género sugiere tendencias diferenciales en el afrontamiento de eventos estresantes en hombres y mujeres. Así, las estrategias de afrontamiento centradas en los problemas serían más frecuentes en los varones y las mujeres utilizarán más estrategias centradas en la emoción y el apoyo social (Ptacek, Smith, & Dodge, 1994).

El metaanálisis realizado por Tamres, Janicki y Helgeson (2002) examinó los estudios realizados sobre diferencias entre sexo en afrontamiento y encontraron consistentemente que las mujeres utilizan más estrategias de afrontamiento en general que los hombres, si bien tienden a utilizar más profusamente estrategias que incluyen expresiones verbales a los demás o hacia sí mismas, tales como buscar apoyo emocional, rumiar sobre los problemas y el uso de auto-diálogo positivo. También encontraron diferencias entre sexos que dependían de la naturaleza de los factores estresantes, lo que apoyaba la teoría de la restricción de roles. Asimismo, evaluaron si la valoración de los factores de estrés explicaba las diferencias de género en el afrontamiento, es decir, la tendencia de las mujeres a evaluarlos como más graves, encontrando algún apoyo a esta idea. Asimismo, que los hombres tienden a responder más directamente al problema o situación o bien a negarlo totalmente.

Respecto a la naturaleza de los factores estresantes, Matud (2004) examinó en población adulta en España, las diferencias en estrés y estrategias de afrontamiento entre hombres y mujeres, y tras ajustar las variables sociodemográficas, las mujeres de este estudio percibían los eventos vitales como más negativos y menos controlables que los hombres. Asimismo, las mujeres consideraron los problemas familiares y relacionados con la salud como los más frecuentes, mientras que los hombres de este estudio, destacaron los problemas en las relaciones, finanzas y eventos

relacionados con el trabajo. Respecto a las estrategias de afrontamiento, las mujeres puntuaron significativamente más alto en estrategias orientadas a la emoción y la evitación y más bajo en estrategias racionales y desapego, mientras que los hombres mostraban más inhibición emocional que las mujeres. Asimismo, las mujeres puntuaron significativamente más alto en síntomas somáticos y malestar psicológico.

Los roles de género femeninos y la identificación con estereotipos tradicionales de feminidad, refuerzan la orientación hacia lo interpersonal, y las actividades sociales, que constituyen tareas altamente complejas (Eagly et al., 1988), donde la atención a las emociones, intereses y necesidades de los demás son variables importantes en la interacción. Esto, junto a la importancia que se atribuye para la realización personal de los roles familiares, de pareja y cuidado de las relaciones, contribuye al desarrollo de determinados estilos de apego y favorecen determinadas capacidades emocionales, que jugarán un papel central en las relaciones afectivas y especialmente en las relaciones de pareja (Loubat, Ponce, & Salas, 2007).

Por otra parte, los factores de socialización y patrones de crianza femeninos, se encuentran aquellos que refuerzan la pasividad, la impotencia y la preocupación por la apariencia, propiciando la presentación de las mujeres y niñas como objetos sexuales, enfatizando el papel de la apariencia y la belleza (Brown, Steele, & Walsh-Childers, 2002) y la internalización de estereotipos sobre capacidades y funciones sociales de las mujeres que inciden en el rendimiento y las aspiraciones, y por ende en el desarrollo de sus potencialidades (Davies, Spencer, & Steele, 2005; Deaux & Stewart, 2001).

La socialización temprana de los hijos e hijas por las principales figuras de apego, cumplen la función de instruir de manera formal e informal, formas de comportamiento, interiorizar valores y modelos de referencia significativos, motivaciones afectivas, ideologías y conductas en relación a la vida sexual y las relaciones amorosas. También, se aprende a interpretar y genera expectativas sobre lo que se puede esperar del mundo, de los demás y de las relaciones, los modos de hacer frente y resolver los conflictos, las manifestaciones afectivas positivas, los códigos de la intimidad. La interiorización y conformidad con normas de género femeninas, redundan en el énfasis de la importancia y responsabilidad de las relaciones interpersonales y el amor aún y a pesar de los cambios de las últimas décadas en las sociedades occidentales y constituyen un eje vertebrador y central en los proyectos vitales de las mujeres (Altable, 1998).

Los estilos de apego adulto, que se conforman en los primeros años de vida e influyen en las interacciones afectivas a lo largo de la vida, se traducen en modelos internos que contienen reglas, representaciones y motivaciones de uno mismo, de las características de los demás en el plano afectivo y las estrategias de relación efectivas con los demás, que no sólo rigen los sentimientos

y la conducta sino también la atención, la memoria y la cognición (Salmerón, Gutierrez-Braojos, Salmerón & Rodríguez, 2011).

Algunos autores relacionan el estilo de apego inseguro o preocupado como uno de los elementos generadores de vulnerabilidad psicológico-afectivos en mujeres que sufren violencia en la pareja y que contribuiría al desarrollo del síndrome de adaptación paradójica a la violencia doméstica (Montero, 2001), que culmina en el establecimiento de un vínculo interpersonal de protección entre la mujer víctima y el hombre agresor. En este sentido, la conducta de prestación compulsiva de cuidado, se podría relacionar con un aspecto de la identidad femenina marcada por la contigüidad emocional con el otro y, por tanto, que el amor de éste sería un medio para obtener seguridad en una situación cultural que produce dependencia (Orbach, & Eichenbaum 1990; Fonagy, 1999).

McLean y Anderson (2009), en una revisión sobre variables explicativas de las diferencias de género en síntomas y trastornos de ansiedad más frecuentes en mujeres, mencionan que existe una tendencia en las mujeres a responder a las amenazas estableciendo lazos de amistad o búsqueda de apoyo en los otros en lugar de confiar con los propios recursos personales, lo que podría contribuir a una disminución en la percepción de autoeficacia. Asimismo, se observa una mayor frecuencia en las mujeres a percibir los acontecimientos como impredecibles, incontrolables y abrumadores, aspecto que contribuiría a una mayor percepción subjetiva de estrés y con ello se incrementa la probabilidad de sobreestimar el peligro, anticipar daño y una baja expectativa de afrontamiento efectivo, que podría deberse a experiencias en la niñez temprana de control disminuido ante diversos desafíos, que darían lugar a un estilo cognitivo que aumenta la probabilidad de interpretar los eventos como amenazantes. En este sentido, se ha demostrado que los cuidadores y maestros suelen responder mejor a las acciones de los niños que de las niñas y como resultado, las niñas pueden aprender que su comportamiento tiene menos impacto en el medio ambiente, lo que puede contribuir a un sentido de incontrolabilidad y un estilo de atribución externo que los coloca en un mayor riesgo de ansiedad y trastornos del estado de ánimo.

Entre los principales argumentos que se han propuesto para explicar las diferencias de género en la prevalencia de ciertos trastornos mentales muy frecuentes en la población, destacan aquellas vinculadas con los roles sociales desempeñados (matrimonio, paternidad/maternidad y empleo). A continuación, se describen las principales hipótesis: interacción de roles de género, estrés de rol de género y la acumulación de roles, que pueden explicar potenciales fuentes de tensión y estrés en mujeres.

La hipótesis de la interacción de roles de género relaciona la menor calidad de experiencias dentro de cualquier función de las mujeres respecto a los hombres. Por ejemplo, Nolen-Hoeksema, Grayson y Larson (1999) sostienen que la menor valoración social de las mujeres, así como las menores oportunidades de empleo y las desigualdades de poder dentro del matrimonio, sumado a la mayor responsabilidad en el cuidado de los hijos y el trabajo doméstico, contribuye al mayor número de acontecimientos vitales negativos en las mujeres respecto a los hombres, lo que conduce a una baja percepción de control sobre los acontecimientos de la propia vida y a mayor rumiación (pensamientos recurrentes, centrado en los propios malestares, causas y consecuencias de los mismos) que contribuye a mayores tasas de depresión y ansiedad. Asimismo, las mujeres informan mayor tendencia a preocuparse y mayor número de preocupaciones, especialmente en torno a problemas de confianza y salud. La preocupación es un aspecto central en los trastornos de ansiedad (Fresco, Frankel, Mennin, Turk, & Heimberg, 2002).

Las mujeres como grupo han de hacer frente, aún en la actualidad, a factores estresantes asociados a la discriminación o condiciones de desigualdad en el lugar de trabajo, que aumentan las tensiones, eventos estresantes y malestar que disminuyen la satisfacción con el trabajo y repercuten negativamente en la salud mental. Entre los factores citados destacan el ganar menos que los varones; ocupar puestos de trabajo que infrautilizan las capacidades y talentos y no ofrecen posibilidades de progresar (Crompton & Harris, 1998; Fargan & Burchell, 2002)

Se han identificado tres tipos distintos de conflictos trabajo-familia (Greenhaus & Beutell, 1985) definidos como consecuencias de las presiones incompatibles derivadas de los roles laborales y familiares: basado en el tiempo; el originado por la tensión y agotamiento y el asociado a conductas y expectativas incompatibles. Respecto al ajuste entre el hogar y el trabajo, se ha comprobado que un factor importante es la percepción de equilibrio entre ambos y que no son tanto las condiciones objetivas sino las subjetivas las que contribuyen a esa percepción subjetiva de estrés y por tanto la emergencia de sentimientos de conflicto e incompatibilidad de funciones,

Entre los estresores familiares, aunque menos estudiados, se identifican algunas variables importantes como el conflicto interpersonal, cautividad de rol y la relación establecida con la pareja (Martínez, Vera, Paterna, & Alcázar, 2002).

Los cambios en la distribución del tiempo doméstico y la intensificación del problema relacionado con el trabajo y la familia, son dos áreas específicas en relación a parejas con dobles ingresos asociados a la incorporación de las mujeres al trabajo. Se considera que esto tiene consecuencias positivas asociado a una menor dedicación de las mujeres en las tareas domésticas y la promoción de cambios en los roles sexuales. Sin embargo, también se pronostica una sobrecarga y aumento de tareas para las mujeres (Gracia, González, & Peiró, 1996). En este sentido, la conformidad y presión social sobre los roles sociales de género, contribuirán al conflicto potencialmente

experimentado por las mujeres entre los roles laborales y/o profesionales y los roles familiares (cuidado de niños y el hogar) que incrementaría la sobrecarga de roles y aislamiento social (Martínez, et al., 2002).

La hipótesis de la configuración o estrés de roles de género, sugiere que son las demandas conflictivas entre los distintos roles sociales y sus metas respecto a las necesidades individuales, lo que aumenta la tensión y el estrés.

En este sentido, el estrés de rol de género femenino (Gillespie & Eisler, 1992) se ha definido como la evaluación cognitiva de las amenazas y desafíos a la conducta estereotipada femenina de afrontamiento del rol de género. Hace referencia a las situaciones percibidas como más estresantes y especialmente importantes para las mujeres, tales como el miedo a las relaciones sin emociones, el temor a ser poco atractivas, temor de victimización, miedo a comportarse asertivamente y temor a no ser nutrias, que incrementa la tendencia a considerar los problemas cotidianos como estresantes y por tanto dificultades para hacer frente a los factores de estrés relacionados con depresión, a la vez que generan sentimientos de culpa cuando se incumplen o no se alcanzan los mandatos o normas de género relevantes, que generalmente es interpretado como no ser buena persona, al ser centrales en la identidad personal.

Así, se ha propuesto que los factores generadores de conflicto entre roles laborales y roles de género femenino tradicionales en las mujeres se vincularían con la falta de tiempo y culpabilidad maternal, si bien no sería la ejecución de roles sino la satisfacción que producen la que generaría un conflicto inter-roles (Martínez, et al., 2002).

También se ha sugerido que el significado del rol social de las ocupaciones difiere en función del género y esto puede contribuir a las diferencias en el bienestar observadas en hombres y mujeres. Así, para los hombres tener un trabajo contribuye positivamente a la autoestima, mientras que en las madres que trabajan puede asociarse con sentimientos de culpa, lo que podría explicar menores beneficios no económicos del rol asociado al trabajo en cuanto a autoestima y autorrealización y relacionarse con estrés de roles de género femeninos. En las mujeres que trabajan, las expectativas laborales, de pareja y significados otorgados a las responsabilidades domésticas juegan un papel importante en su bienestar psicológico, relaciones familiares y la división del trabajo en el hogar, cobrando importancia el auto-esquema de género (Bem, 1981) en la percepción de estrés respecto a centralidad y relevancia en relación a los dominios laboral y familiar, que permitirían identificar predictores de conflicto inter-roles, siendo la mayor adscripción a normas de género tradicionales las que hipotéticamente incrementarían la percepción de estrés (Martínez, et al., 2002).

Desde la perspectiva de estrés de rol femenino, se ha sugerido que los síntomas de depresión, imagen corporal alterada, trastornos de alimentación y dependencia en mujeres podrían ser

manifestaciones relacionadas con la impotencia y las dificultades en el cumplimiento de estereotipos y roles de género femeninos relacionados con la entrega, recepción y prestación de cuidados y apoyo social que, aunque en principio están estrechamente relacionados con la satisfacción en la vida de las mujeres, en determinadas condiciones pueden contribuir a disminuir los recursos emocionales, limitar el desarrollo personal, la independencia, condicionar las elecciones personales y limitar el apoyo social (Farran Miller, Kaufman, Donner, & Fogg, 1999)

También se ha argumentado que las desigualdades sociales que enfrentan las mujeres a una edad temprana conduce a las adolescentes a creer que el estereotipo de feminidad es esperado y valorado y es ésta identificación con valores femeninos lo que contribuye a desarrollar un conjunto de cogniciones específico y un conjunto de respuesta conductual limitada cuando se enfrenta con problemas y retos incrementan la probabilidad de desarrollar síntomas depresivos (Sachs-Ericsson, et al., 2000). En este mismo sentido, la relación observada entre el incremento relativo en masculinidad en la adolescencia y la disminución de síntomas depresivos en la etapa adulta en ambos sexos ha llevado a proponer que es la masculinidad con sus dimensiones asociadas, un eje central en las ventajas y desventajas que sobre dimensiones de salud mental se acumulan en la adolescencia (Barret & Raskin-White, 2002).

Asimismo, el temor a ser víctimas de abuso sexuales, entre otras formas de violencia y coacción, constituyen un factor limitante en la participación plena de la mujer en distintos ámbitos de la vida social, contribuyendo a la percepción de incontrolabilidad, indefensión aprendida y pasividad (Bebbington, 1998; Rennison & Welchans, 2000).

La hipótesis de la acumulación de roles, argumenta que el papel protector de desempeñar diferentes roles sociales y relacionales, con efectos beneficiosos en la salud mental en general de las mujeres, proviene de una adecuada combinación de roles sociales (Nordenmark, 2002; Perrone & Worthington, 2001) que posibilitan compensar experiencias negativas en alguno de los roles, con experiencias más positivas en otras actividad o roles (Thoits, 1983).

Sin embargo, en el caso de las mujeres esto se ve limitado por las menores oportunidades de desempeñar roles (Sachs-Ericsson, et al., 2000) o la sobrecarga y el estrés que generen (Barret & Hyde, 2001) asociadas a desigualdades de poder dentro de las relaciones familiares y de pareja así como en contextos sociales más amplios, lo que puede conformar condiciones que favorecen formas de violencia relacionales que se vuelven aceptables y contribuyen a sentimientos de culpa, disfuncionalidad personal o disminución de la salud psicológica.

Algunas investigaciones indican que las mujeres pueden ser psicológicamente más susceptibles a los efectos estresantes cotidianos, en parte por los múltiples roles que las mujeres realizan y que implican una variedad de estresores cotidianos (Cronkite & Moos, 1984; Turner & Avison, 1989).

Los roles familiares y roles laborales, como tener trabajo remunerado también muestran diferencias de género en cuanto a sus beneficios y desventajas para la salud mental. El papel protector de tener pareja o estar casados, trabajar a tiempo completo, pertenecer a estratos sociales más altos y tener hijos, sólo se cumple para los hombres y no para las mujeres (Klose & Jacobi, 2004; Plaisier, De Bruijn, Smitt, De Graaf, Beekman, Van Dyck, & Penninx, 2008).

En un estudio realizado en Holanda, se encontró que tener trabajo y trabajar a tiempo completo estaba asociado con menor prevalencia de depresión y ansiedad en hombres, pero no en mujeres, dando apoyo significativo a la interacción en términos de género (Plaisier, et al, 2008). Estos autores encontraron dos asociaciones significativas de la combinación de roles con ansiedad y depresión en mujeres. Por una parte, se observa un incremento de prevalencia de depresión y ansiedad en mujeres con hijos, pero sin pareja. Y, por otra parte, el efecto del rol del trabajo resultó positivo para la salud de las mujeres cuando no tienen hijos, pero no cuando los tienen. Asimismo, tener trabajo a jornada completa es una ventaja respecto a la salud mental en hombres, no tener trabajo o tener jornada parcial se asociaba fuertemente con pobres condiciones de salud mental en hombres, pero no implícitamente en mujeres. Las mujeres trabajadoras tienen una mejor salud mental comparada con mujeres sin trabajo, más allá de tener o no hijos. La presión de tiempo en mujeres trabajadoras con hijos parece ser una fuente de estrés y resultar en mayor prevalencia de ansiedad y depresión (Plaisier, et al., 2008).

En este sentido, al estrés asociado los múltiples roles en mujeres, parece variar en función de la edad de las mujeres y la satisfacción y calidad de los distintos roles desempeñados. Por ejemplo, mujeres trabajadoras con edades comprendidas entre veinte y treinta años y con hijos pequeños, probablemente sean más propensas a sufrir más estrés en sus múltiples roles, ya que este período es clave para la consecución de objetivos y metas vitales personales, familiares y laborales, y pueden generar dificultades para compatibilizar estos distintos aspectos. El rol maternal ha sido considerado uno de los elementos generadores de estrés en mujeres, sin embargo, en ocasiones, el rol de esposa, por ejemplo, en mujeres directivas y profesionales ha sido señalado como el más estresante (Langan-Fox & Poole, 1995).

También se ha señalado que los roles desempeñados por las mujeres son más demandantes (Velasco, 2006), experimentan más factores de estrés externos que los varones (Barret et al., 2001; Nolen-Hoeksema, 2002) y que la calidad de los roles o el nivel de competencia y el control percibido dentro de cada rol o número de roles parecen ser los aspectos que influyen en la salud de las mujeres (Ayuso-Mateos, 2004; Blanco & Feldman, 2006).

En las relaciones familiares y de pareja, las mujeres siguen asumiendo la responsabilidad desproporcionada sobre el cuidado de niños, cuidado de ancianos, la administración del hogar, y las relaciones con la pareja o cónyuge (Sanderson & Thompson, 2002), que puede estar a la base

de la mayor tendencia a preocuparse y mayor número de preocupaciones en las mujeres, especialmente en torno a problemas de confianza en las relaciones y la salud (Fresco, et al., 2002)

En este sentido, se ha sugerido que las mujeres no solamente responden a sus propios estresores, sino también a los estresores de su pareja e hijos, lo que contribuye a mayor percepción de estrés y falta de apoyo marital (Ramírez-Landero et al., 2004). Si bien las redes sociales y el matrimonio constituyen una fuente de apoyo social estructural y emocional e instrumental que incrementaría los recursos para hacer frente a eventos estresantes, en el caso de las mujeres, principalmente aquellas que están casadas al estar asociadas a un mayor número de tareas y roles a desempeñar, constituyen más una fuente de demandas que de apoyo, disminuyendo la percepción de apoyo social (Matud, Carballeira, López, Marrero. & Ibáñez, 2002).

A modo de conclusión de este apartado, es conveniente destacar que los roles y normas de género femeninos asociados con la entrega, dar y recibir cuidados y apoyo social, es un recurso emocional importante para las mujeres y se relaciona fuertemente con la satisfacción en la vida. Sin embargo, en determinadas condiciones, estos roles de género femeninos pueden contribuir a los recursos emocionales y a la falta de auto-desarrollo, de independencia y condicionar las elecciones personales (Diener & Fujita, 1995; Farran, et al., 1999). A la vez que aún en la actualidad, en las relaciones familiares y de pareja, las mujeres siguen asumiendo gran parte de la responsabilidad de cuidado de niños, ancianos, la administración del hogar y las relaciones de pareja (Sanderson & Thompson, 2002) que, si bien está bien documentado que desarrollar múltiples roles y relaciones pueden contribuir a una mejor salud mental en general para las mujeres, el estrés y la sobrecarga pueden tener efectos negativos (Barnett, et al., 2001).

Capítulo 5 Regulación Emocional

CAPÍTULO 5. REGULACIÓN EMOCIONAL

En este capítulo, describirán los principales elementos distintivos de la regulación emocional, así como una breve descripción de los modelos de regulación propuestos, así como las estrategias de regulación emocional considerando elementos referidos a la eficacia de la misma. A continuación, y se hará mención a las habilidades y destrezas que favorecen estilos adaptativos de regulación del estado de ánimo, tales como la atención, comprensión y habilidad para regular las emociones, conceptos de inteligencia emocional, para finalizar con un apartado destinado a describir las principales tendencias de regulación emocional más frecuentes en mujeres con referencia a factores vinculados al género.

5.1. APROXIMACIÓN AL ESTUDIO DE LA REGULACIÓN EMOCIONAL

El campo de investigación de la regulación emocional o afectiva comparte algunos conceptos e intereses abordados por otros ámbitos de investigación complementarios entre los que destaca el estudio de las estrategias y estilos de afrontamiento del estrés. De hecho, algunos conceptos son similares, como es el caso del afrontamiento centrado en la emoción, cuyo objetivo es el reducir o gestionar el malestar emocional asociado a la situación estresante (Lazarus & Folkman, 1984).

Sin embargo, la investigación de la regulación afectiva no pone el énfasis en los acontecimientos vitales estresantes, sino en las variaciones del estado emocional independientemente de su origen, así, los procesos de regulación emocional se activan de forma complementaria a los procesos o reacciones emocionales, que aunque en un primer momento son funcionales y adaptativas, requieren de regulación para retornar a un estado previo, especialmente si son muy intensas tanto si son placenteras o displacenteras (Gross, 2007; Hervás & Vázquez, 2006 a, Larsen, 2000, Ochsner & Gross, 2008).

Gross (1999) define la regulación emocional como aquellos procesos por los cuales las personas ejercen una influencia sobre las emociones que experimentan, cómo y cuándo se experimentan y cómo se expresan dichas emociones. Si bien en general se considera que la regulación emocional es un proceso fundamentalmente adaptativo, que en muchas ocasiones dichos esfuerzos dirigidos a modificar los estados emocionales resultan efectivos y adaptativos, en otras ocasiones son ineficaces, disfuncionales e incluso contraproducentes (Hervás, 2011).

Según Gross (2007, 2015) la regulación emocional se distingue de otros constructos estrechamente relacionados como son la regulación del estado de ánimo, el afrontamiento de estrés y la regulación del afecto.

Las principales diferencias entre el afrontamiento o gestión del estrés y la regulación emocional, es que éste se enfoca principalmente en reducir experiencias emocionales negativas provenientes de la interacción organismo-situación. Las respuestas de estrés y las emociones involucran reacciones corporales ante eventos significativos, donde típicamente las respuestas de estrés refieren estados afectivos negativos (aunque en ocasiones son inespecíficas) ocasionadas por una dificultad para manejar exitosamente las demandas situacionales, mientras que las emociones se refieren más específicamente a estados afectivos negativos y positivos. Por otra parte, el estado de ánimo se distingue de la emoción por su falta de tendencias respuesta conductuales bien definidas. En este sentido, la regulación y reparación del estado de ánimo se centran más en la alteración de la experiencia emocional que en las conductas emocionales. Y, por último, la regulación afectiva es considerada una categoría supra-ordinada que incluye tanto el afrontamiento, la regulación emocional y la regulación del estado de ánimo puesto que los estados afectivos incluyen tanto repuestas de estrés ante determinadas circunstancias, emociones como el enfado, la tristeza, la alegría y los sentimientos de buen o mal humor (Gross, 2015).

Así, aunque es posible distinguir semánticamente entre estos constructos, la superposición es considerable debido a que en el centro de todos los estados emocionales se encuentra el afecto. En este sentido, la regulación de emociones específicas, estado de ánimo, estrés o afecto difuso, tiene casi siempre como objetivo último modificar el afecto (Koole, 2009).

La característica definitoria de la regulación emocional es su activación con el objetivo de influir en la trayectoria emocional, por tanto, se la puede definir como el conjunto de procesos mediante los cuales las personas buscan redirigir el flujo espontáneo de sus emociones y afectividad (Gross, Sheppes, & Urry, 2011; Gross, 2007; Koole, 2009).

Muchos de estos procesos de regulación de las respuestas emocionales son deliberados y conscientes, e implican procesos neurobiológicos y psicológicos que intervienen en el control voluntario de la acción y la atención. Mientras que otras formas de regulación emocional son relativamente automáticas y requieren apenas esfuerzo para llevarlas a cabo (Koole, 2009; Mauss, Bunge, & Gross, 2007).

El objetivo de la regulación emocional puede ser regular las propias emociones o influir en la regulación emocional de otras personas, y en ocasiones una sola acción puede cumplir ambas funciones. Asimismo, las personas pueden centrarse en cambiar la intensidad de la emoción ya sea incrementando o disminuyendo la experiencia emocional, bien cambiar la duración de una emoción, aumentando o disminuyéndola, o bien cambiar la cualidad de la respuesta emocional (Gross, 2015).

5.1. 1.MODELOS DE REGULACIÓN EMOCIONAL

La forma de conceptualizar la regulación emocional está influenciada por distintas formas de entender las emociones, que se pueden agrupar de manera sintética y generalizada en tres perspectivas: neurobiológica, cognitiva y socio-construccionista, que no son excluyentes y describen distintos aspectos o factores que influyen en las estrategias, funciones y objetivos de la regulación emocional (Prosen, et al., 2014)

Desde la perspectiva neurobiológica, cada emoción se produce en un circuito cerebral específico dando lugar a la experiencia coordinada de respuestas autonómicas y neuroendocrinas y conductas expresivas, siendo éstas adaptativas y constituyendo una capacidad biológica evolutiva para la supervivencia. En este sentido, la regulación emocional se entiende como un conjunto de procesos separados y organizados jerárquicamente involucrando distintas estructuras cerebrales (p.e. corteza prefrontal, corteza cingulada anterior, estructuras subcorticales) que participan en las respuestas reguladoras, cuya finalidad es evitar, modular o detener la expresión de la emoción una vez se ha disparado (p.e. Damasio, 1999, LeDoux, 2003; Thompson, Lewis, & Calkins, 2008).

La perspectiva cognitiva, en líneas generales entiende las emociones como una respuesta subjetiva ante un evento relevante para el individuo, y se compone de una serie de procesos a partir de la valoración de la situación, dando lugar a una respuesta experiencial, conductual o fisiológica (p.e., Gross, 1998, Gross & Barrett, 2011; Lazarus, 1991).

La perspectiva socio-constructivista, enfatiza el aspecto contextual en el que aparecen las emociones, ya que consideran que éstas están socialmente estructuradas y están influidas por las expectativas sociales del entorno de la persona, que varían en función de cosmovisiones, ideologías, valores y conceptos del sí mismo (p.e. Matsumoto, 2006). De esta manera, el entorno socio-cultural influye en la regulación emocional, ya sea en cuanto al grado en que los individuos intentan modificar las situaciones, la comprensión de las mismas o las reacciones emocionales (p. e. Mesquita & Albert, 2009; Thompson, 2011).

A continuación, se describen someramente los principales modelos de regulación afectiva o emocional.

5.1.1.1. EL MODELO DE REGULACIÓN EMOCIONAL DE GROSS (1998)

Es un modelo procesual que propone estudiar la regulación emocional en función del lugar en que se inserta la estrategia de regulación dentro del proceso de generación de una emoción, dividiendo las estrategias en dos grandes grupos, las centradas en los antecedentes de la emoción y las centradas en la respuesta emocional (Aldao; 2012; Hervás, 2011).

Gross (2007, 2015) plantea que en primer lugar cada persona puede modular el hecho de exponerse a ciertas situaciones y a otras no, lo que denomina *selección de la situación* y que hace referencia a la

adopción de medidas que aumenten (o disminuyan) la probabilidad de estar en una situación en la que se espera dará lugar con mayor probabilidad a emociones deseables (o no deseables).

En segundo lugar, una vez dentro de cada situación, la persona puede intentar cambiar dicha situación en una dirección u otra, lo que denomina *modificación de la situación*, y hace referencia a la adopción de medidas que alteran directamente la situación con el objetivo de cambiar el impacto emocional.

En tercer lugar, una vez la situación se ha configurado se puede modular la atención a unos elementos y a otros no, con el objetivo de regular la respuesta emocional posterior, lo que denomina *despliegue atencional* y hace referencia al acto de dirigir la propia atención, con el objetivo de influir en la respuesta emocional propia. Una de las formas comunes de esta familia de estrategias de regulación emocional es la distracción.

En cuarto lugar, tomando en consideración todos estos elementos que se hayan atendido se pueden extraer distintos significados de la situación en su conjunto, teniendo un mayor impacto unos significados sobre otros e influir en el estado emocional consecuentemente, lo que denomina *cambio cognitivo* y que se refiere a la modificación de la propia apreciación de una situación con el fin de alterar su impacto emocional. En ocasiones los cambios cognitivos se pueden aplicar a una situación externa o interna. Y, por último, sobre la regulación de la respuesta emocional, Gross sugiere diversas estrategias según se actúe sobre cada uno de los componentes de la emoción ya sea la experiencia, expresión emocional o la activación fisiológica, lo que denomina *modulación de la respuesta* haciendo referencia a las actividades orientadas a influir en los componentes experiencial, conductual o fisiológica de la respuesta emocional después de la emoción.

5.1.1.2. EL MODELO CIBERNÉTICO DE REGULACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO

Larsen (2000) asume que las personas actúan directamente con el objetivo de regular su estado de ánimo. En este sentido, regular el estado de ánimo implica activar mecanismos de control y en este sentido se pueden considerar como conductas de autocontrol. Este modelo considera que las personas poseen una idea del estado de ánimo de referencia al que se desea llegar, que guía las estrategias de regulación por medio de la reducción de la discrepancia entre el estado de ánimo actual y el deseado. Los mecanismos de regulación emocional pueden estar dirigidos hacia el medio exterior (p.e., resolución de problemas, cambio de actividad) o hacia el cambio interno en la persona (p.e., distracción, comparación social).

Una característica de este modelo es la consideración explícita de las diferencias individuales que afectan a la regulación emocional y que conllevan consecuencias importantes en el éxito o fracaso en los procesos de regulación, entre las que destacan: la atención selectiva a estímulos del entorno, la reactividad temperamental, el tipo de estrategias de regulación puestas en marcha, la capacidad perceptiva del propio estado emocional o las creencias o deseos en cuanto al estado afectivo óptimo de referencia.

5.1.1.3. MODELO DE REGULACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO BASADO EN ADAPTACIÓN SOCIAL

Erber y Erber (2000) proponen un modelo contextual que considera la regulación del estado de ánimo ya sea positivo o negativo, y que se pone en marcha con el objetivo de adaptarlo a la situación social de cada momento.

Desde esta perspectiva, según Erber y Erber (2000), se podría considerar la presencia real, imaginada o implícita de los demás como la principal restricción o limitación social sobre los tipos de estados de ánimo que razonablemente es posible experimentar. Una de las razones por la que la presencia de los *otros* actúa como un límite en nuestro propio estado de ánimo es porque generalmente las personas sabemos poco o nada sobre el estado de ánimo de los otros, especialmente si estos son desconocidos. Tanto el estado de ánimo triste como el alegre pueden ser gravosos por diferentes razones, tales como interferir en la interacción con los demás debido a las propias preocupaciones y pensamientos congruentes con el estado de ánimo; o bien por temor a que los demás consideren desfavorablemente la tristeza o felicidad y sus manifestaciones concomitantes, o tal vez se teme que la preocupación continuada con nuestro estado de ánimo limite el sentido de la compostura.

5.1.1.4. EL MODELO HOMEOSTÁTICO DE FORGAS

Forgas (2001) propone que la regulación del estado de ánimo funciona a partir un proceso homeostático, es decir, que puede oscilar alrededor de un punto activándose mecanismos de regulación cuando dicho estado de ánimo se aleja significativamente del mismo (Bower & Forgas, 2001). Este modelo considera explícitamente que, en muchas ocasiones, el estado de ánimo es regulado a través de procesos automáticos o espontáneos (Bower & Forgas, 2000; Forgas, 2002).

Desde este modelo, se sostiene que el estado de ánimo es en gran medida espontáneo e impulsado internamente, y que se realiza a través de continuos cambios en las estrategias de procesamiento cognitivo de la información, en lugar de la exposición selectiva a la información externa, considerando que la gente se implica espontáneamente en diversas estrategias para atenuar estados de ánimo demasiado extremos o aversivos, incluso sin que exista ninguna demanda externa para esto. Los estados afectivos y las estrategias de procesamiento cognitivo funcionan estrechamente en el sistema psicológico de manera interactiva e interdependiente. La influencia del afecto y la congruencia con el estado de ánimo ocurre en circunstancias que conducen a procesar la información de fondo, mientras que el control del afecto mediante estrategias cognitivas complementarias se favorece cuando el procesamiento es motivado para producir respuestas incongruentes con el estado de ánimo.

En cuanto a las diferencias individuales, Forgas (2001) reconoce la importancia de la inteligencia emocional y otras variables de personalidad en algunas de esas diferencias, no sólo en las estrategias controladas sino también en las espontáneas. Así, la alta autoestima se relaciona estrechamente con eficacia en la gestión del estado de ánimo, encontrándose, por ejemplo, que ante un estado de ánimo negativo se pone en marcha un mayor procesamiento de información incongruente con el estado de ánimo en individuos con alta autoestima. Por otra parte, las personas que puntúan alto en afectividad negativa parecen estar más preparadas para adoptar un procesamiento motivado hacia el control (Forgas, 2001).

5.1.2. ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL

La variedad potencial de estrategias de regulación emocional es enorme, puesto que cualquier actividad que afecte a las emociones de las personas puede al menos en principio, considerarse como estrategias de regulación emocional.

Uno de los modelos comúnmente utilizados como marco de referencia para el estudio de las estrategias de regulación emocional es el modelo procesual de regulación emocional de Gross (1999). Este modelo asume que las respuestas emocionales se generan en un ciclo fijo, de tal manera que la atención a la información emocionalmente relevante precede a la evaluación cognitiva, que a su vez preceden a la conducta emocionalmente expresiva. Algunas investigaciones indican que el orden en que una respuesta emocional se genera es variable, donde la atención, evaluación cognitiva o conducta puede ocurrir antes o después en el proceso de generación emocional (Koole, 2009).

El modelo procesual de regulación emocional predice que las diferentes estrategias de regulación emocional y las tácticas específicas con que esas estrategias son implementadas en una situación determinada producirá diferentes consecuencias sobre cómo se siente la persona, los pensamientos, actos y actuación inmediata y a lo largo del tiempo.

Estas predicciones se asientan en dos ideas principales. En primer lugar, porque las emociones se desarrollan con el tiempo interviniendo en diferentes puntos del proceso generador de la emoción, lo que debe dar lugar a diferentes patrones de experiencia emocional, expresión, y la fisiología. En segundo lugar, porque diferentes estrategias de regulación emocional requieren diferentes demandas cognitivas y estas diferencias podrían tener consecuencias en sí mismas. En este sentido la regulación emocional puede ser entendida como alteración de la trayectoria de una emoción que habría ocurrido en ausencia de esa estrategia de regulación emocional, y diferentes estrategias y tácticas de regulación alterarán la trayectoria emocional en formas diferentes.

En este sentido, Gross (2015) matiza que, aunque el modelo especifica estos cinco modos de regular las emociones, existen elementos comunes de orden superior. Así, para algunos propósitos, las primeras cuatro familias de regulación emocional pueden ser consideradas estrategias “centradas en antecedentes” ya que se producen antes de las valoraciones que dan lugar a las respuestas emocionales en toda regla. Por otra parte, destaca que algunas cosas que las personas hacen en su vida cotidiana para regular las emociones, como ir a correr tras una discusión importante, implican varios procesos de regulación emocional.

Larsen (2000), realiza una taxonomía de las estrategias de regulación emocional organizándolas en dos dimensiones: *estrategias conductuales centradas en la situación* (p. e. acciones directas hacia el problema; tomar decisiones, hacer planes de futuro; hablar con amigos; aumentar el esfuerzo; retirarse/ evitar / huir) versus *centradas en el estado de ánimo en sí mismo* (p. e. distracción / mantenerse ocupado; ayudar a otros; auto-recompensarse o buscar placer; socializar; expresar las emociones; inhibir la expresión o suprimir emoción; ingerir estimulantes, carbohidratos, tranquilizantes, alcohol, otras sustancias naturales); y *estrategias cognitivas centradas en la situación* (reformulación cognitiva o reinterpretación de la situación como que no es tan malo; pensar en éxitos en otras áreas de la vida; pensando en algunas cosas que van bien; comparación social descendente o pensar que siempre hay alguien en peores condiciones que las propias, rezando y fatalismo o será lo que tenga que ser) o *en el estado de ánimo en sí mismo* (e. g. meditación; relajación; estoicismo o lo que no mata me hace más fuerte; fantasear; pensar en el futuro o pensar cuando se esté libre del problema; olvido activo o negarse a pensar en cómo uno se siente; racionalizar o tratar el estado de ánimo en abstracto, como una pieza de información).

Otra propuesta de clasificación de las estrategias de regulación emocional es la realizada por Koole (2009) en función del proceso de generación de la emoción que está siendo regulada, incluyendo la atención, conocimiento relacionados con la emoción y corporales; y por otra parte atendiendo a las funciones psicológicas de la estrategia de regulación emocional, entre las que incluye la satisfacción de necesidades hedónicas, facilitación del logro de metas y optimizar el funcionamiento de la personalidad global (Prosen, et al., 2014).

Cuando las estrategias y habilidades emocionales, muy vinculadas al concepto de inteligencia emocional, son inadecuadas, los intentos de regulación pueden resultar ineficaces e incluso contraproducentes. En este sentido, cuando las emociones displacenteras como la tristeza, ansiedad, ira o miedo exceden las expectativas de la persona y comprensión de las mismas, pueden percibirse como descontroladas e incluso, el intento de regularlas puede tener un efecto refractario, dando lugar a intentos infructuosos que pueden interferir en el funcionamiento social y psicológico, constituyendo factores comunes en distintos trastornos emocionales (Hervás, 2011).

En este sentido, una causa importante de muchos patrones problemáticos relacionados con la intensidad, duración, frecuencia o cualidad de las emociones, que obstaculizan la función adaptativa de las emociones, es la disregulación emocional. Ésta puede deberse a una falta de regulación, es decir no poner en marcha estrategias para regular la emoción cuando sería útil hacerlo, o bien por errores en la regulación, es decir, utilizar una forma de regulación de la emoción que se ajusta mal a la situación (Gross, 2015).

Los problemas de intensidad emocional, se refieren ya sea a un exceso (hiperreactividad) o un déficit (hiporreactividad) en la respuesta emocional, que pueden ocurrir tanto en emociones negativas o positivas e implicar los distintos componentes de las emociones (experienciales, conductuales o fisiológicos). Lo mismo puede ocurrir respecto a la duración de la experiencia emocional, siendo muy larga o muy corta para una situación particular. Asimismo, la frecuencia cuando son demasiado frecuentes o excesivamente infrecuentes. Estas alteraciones dan lugar a distintas manifestaciones psicopatológicas y constituyen objeto de intervención psicológica, orientadas a aumentar la conciencia de la emoción y el contexto en el que se producen; el conocimiento de las metas a corto y largo plazo y por último mejorar la elección hábil y aplicación de estrategias de regulación emocional del estado actual hacia un estado meta deseado (Sheppes, Scheibe, Suri, Radu, Blechert, & Gross, 2014).

Aldao (2012) analiza las estrategias de regulación emocional dentro del enfoque transdiagnóstico de los trastornos emocionales, que recientemente ha dado paso al estudio de la psicopatología en el marco de la regulación emocional, dando lugar a conceptualizar las estrategias de regulación emocional como adaptativas o desadaptativas en base a su relación con los síntomas. Así, se han considerado desadaptativas aquellas estrategias de regulación emocional positivamente asociadas con psicopatología (p.e., supresión, rumiación, preocupación, evitación) y adaptativas aquellas que están negativamente relacionadas con los síntomas (p.e., reevaluación, aceptación-capacidad para permanecer en contacto con sentimientos, pensamientos y sensaciones físicas, resolución de problemas). Esta clasificación es coherente con los resultados experimentales que muestran que las estrategias adaptativas facilitan la regulación emocional, mientras que las estrategias desadaptativas interfieren con ese proceso. Esta categorización de las estrategias, se ha puesto de relieve desde diferentes modelos teóricos, tales como desde las teorías del afrontamiento y el estrés (p.e., Billings & Moos, 1981; Folkman & Lazarus, 1986) y los primeros enfoques cognitivo-conductuales en psicopatología (p.e. Beck, 1976; Clark, 1988).

De la revisión meta-analítica realizada por Aldao, Nolen-Hoeksema y Schweizer (2010), se extraen las siguientes conclusiones. Estas autoras examinan las relaciones entre estas seis estrategias de regulación emocional (aceptación, evitación, resolución de problemas, reevaluación, rumiación y supresión) y los síntomas de cuatro psicopatologías (ansiedad, depresión, trastornos de alimentación y abuso de sustancias). Examinaron la relación entre cada estrategia de regulación emocional y psicopatología a través de los cuatro trastornos y encontraron un tamaño de efecto grande para la rumiación; mediano a grande para evitación, solución de problemas y supresión; un efecto mediano a pequeño para la

reevaluación y aceptación y concluyen que cada estrategia de regulación emocional se asoció con psicopatología general en la dirección predicha, sin embargo, emergieron interesantes patrones al examinar la magnitud de estas relaciones, lo que sugiere que la relación entre las estrategias de regulación de la emoción y psicopatología puede variar.

Asimismo, las estrategias desadaptativas estuvieron más fuertemente relacionadas con psicopatología que las estrategias adaptativas, lo que según estas autoras puede indicar que la presencia de una estrategia de regulación emocional desadaptativa es más perjudicial que la relativa ausencia de estrategias de regulación emocional particularmente adaptativa, con excepción de la resolución de problemas, que si está ausente, puede tener amplios efectos negativos sobre el bienestar y propiciar el desarrollo de estrategias de regulación de emociones desadaptativas como la rumiación, supresión y evitación (Aldao et al., 2010; Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky, 2008).

5.1.3. VARIABLES MODULADORAS Y EFICIENCIA DE LAS ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL.

Los modos de hacer frente a las emociones y, por ende, su regulación puede ser diversa y dependerá entre otros factores del contexto. Sin embargo, Sheppes y colaboradores (2014) destacan tres factores comunes para una regulación emocional adaptativa: *conciencia, metas y estrategias*.

El conocimiento de las emociones y del contexto en que se producen incrementa el número de estrategias disponibles y la flexibilidad para ponerlas en marcha, sin embargo, una mayor conciencia no siempre es mejor. Los objetivos que se persigan con la regulación emocional serán un factor importante, ya que incluye aumentar o disminuir la magnitud o intensidad de la experiencia, expresión o manifestación fisiológica de la misma. Esto requiere una ponderación adecuada entre los objetivos a corto y largo plazo, para conseguir un equilibrio entre estos y que no conduzcan a objetivos inadecuados que forman parte de muchos trastornos psicopatológicos. El tercer factor dependerá de las estrategias específicas que se ejecuten para alcanzar esos objetivos de regulación emocional. La elección y ejecución adecuada de la estrategia en función de las demandas de la situación o contexto particular es un factor importante en la eficacia diferencial general. Por otra parte, la disponibilidad de recursos para emplearlas con éxito influirá en el resultado, así como las habilidades y confianza para ejecutarlas serán clave en este proceso. Asimismo, la intensidad de la emoción que requiere ser regulada condicionará la eficacia de la misma, siendo necesaria cierta flexibilidad en los objetivos.

En este sentido, Prosen y colaboradores (2014) reflexionan sobre cuatro criterios relacionados con una regulación emocional eficiente: funcionalidad, adaptabilidad, automatización y flexibilidad. La funcionalidad hace referencia a la orientación y logro de la meta de la regulación emocional. En este

sentido, las personas pueden tener múltiples objetivos y a veces entrar en contradicción. Este es el caso por ejemplo de los efectos a corto plazo y largo plazo de la evitación. Comprender la orientación de la meta de la regulación emocional eficiente puede aumentar la conciencia de las distintas formas de gestionar las emociones que rara vez son inherentemente óptimas o desadaptativas, sino al contrario, en general son más o menos funcionales en el contexto de los objetivos específicos y las circunstancias en las que ocurren.

Respecto a la adaptabilidad de las estrategias, ésta se dará cuando las estrategias están de acuerdo con las circunstancias de una persona y los contextos incluyendo las normas socio-culturales. En este sentido, enfatizan la importancia de los procesos de socialización mediados por la cultura y las diferencias de género en la gestión emocional, que condicionan socialmente el uso y habilidades de determinadas estrategias de regulación emocional, concluyendo que los criterios de una regulación emocional eficiente en parte están contruidos socialmente, dependen de la aceptación social y el concepto de normalidad.

El nivel de automatización de los procesos de regulación emocional puede ser considerado un criterio de eficiencia, por ser más consistentes y fiables. Sin embargo, el otro criterio a tener en cuenta es la flexibilidad, definido como la capacidad para producir respuestas emocionales dependiendo del contexto. Proponen incluir la perspectiva de las diferencias individuales para evaluar la eficacia de las estrategias de regulación emocional considerando las grandes diferencias entre individuos respecto a la sensibilidad, nivel de intensidad emocional considerada óptima y considerar la dimensión del desarrollo, destacando que el repertorio de estrategias que una persona incorpora, incluye metas sociales, personales y normas culturales y, por tanto, son coherentes con la personalidad del individuo. De esta manera, concluyen que las personas emocionalmente bien reguladas son aquellas capaces de alterar de forma flexible y de una manera socialmente aceptable, la vivencia, expresión y duración de sus emociones en una situación determinada.

5.2. HABILIDADES EMOCIONALES: ATENCIÓN, CLARIDAD Y REGULACIÓN EMOCIONAL.

La regulación afectiva, tal como se ha descrito en el apartado anterior, es una categoría supra-ordinada que engloba tanto la regulación emocional y afrontamiento de estrés (Gross, 2007, 2015). A continuación, se enumerarán algunas variables moduladoras de interés que están implicadas en la regulación cognitiva del estado de ánimo (Hervás & Vázquez, 2006).

La atención hacia el estado emocional, se refiere al grado en el cual la persona es consciente de su estado de ánimo y le presta atención; parece influir de manera negativa tanto si se presta una excesiva o reducida atención. Una adecuada atención al estado de ánimo propio facilita la disposición a poner en marcha estrategias para su regulación, sin embargo, el exceso de atención hacia los propios estados emocionales,

o hacia sí mismos, parece influir de manera contraproducente, especialmente ante estados de malestar o disforia, aumentando procesos de auto-focalización y favoreciendo estilos rumiativos (p.e., Nolen-Hoeksema & Morrow, 1993).

La claridad y diferenciación en la percepción emocional es una de las habilidades que se ha relacionado con puesta en marcha y eficacia de los procesos de regulación emocional y hace referencia a la capacidad de ser conscientes e identificar las emociones propias y ajenas. Esta habilidad se ha asociado a una mayor facilidad para identificar y evitar sesgos cognitivos producto de un determinado estado de ánimo y mayor utilización de estrategias de regulación emocional ante estados de ánimo negativo (Barret, Gross, Conner, & Benvenuto, 2001; Ciarrochi, Caputi, & Mayer, 2003).

La falta de claridad emocional parece contribuir a desarrollar respuestas rumiativas ante acontecimientos negativos, siendo considerada por algunos autores no sólo como un déficit de habilidades emocionales, sino una tendencia a presentar reacciones afectivamente complejas, con gran variedad de emociones y por ende con mayores dificultades para su regulación y una mayor tendencia rumiativa (Hervás, Hernangómez, & Vázquez, 2004; Hervás, et al., 2006)

Por otra parte, se ha hecho referencia a la habituación o costumbre a un estado de ánimo, como un factor que influiría en la falta de motivación para cambiar un estado de ánimo considerado habitual o típico para la persona, aunque éste sea displacentero. Algunos datos apuntan a la influencia de una baja autoestima asociada a una falta de motivación para cambiar estado de ánimo negativo frecuentemente experimentado. En este sentido, Catanzaro y colaboradores (2000; 2014), encontraron que aquellas personas con altas expectativas de regulación favorecen afrontamientos activos y mayor persistencia ante acontecimientos negativos, mientras que bajas expectativas de regulación efectiva parecen aumentar la probabilidad de desarrollar síntomas depresivos ante situaciones estresantes (Catanzaro, et al., 2000, Catanzaro, et al., 2014)

El concepto de inteligencia emocional, hace referencia a esas capacidades y habilidades para utilizar nuestras emociones de manera adaptativa y es considerado fundamental para el bienestar físico, psicológico y social (Extremera & Fernández-Berrocal, 2006; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey, & Palfai, 1995).

Dentro de los modelos y definiciones del concepto de inteligencia emocional, destaca el modelo de habilidad de Mayer y Salovey (1997), que la conceptualiza a través de cuatro habilidades básicas: *“habilidad para percibir, valorar y expresar las emociones con exactitud; la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la habilidad para comprender las emociones y el conocimiento emocional y la habilidad para regular las emociones promoviendo un crecimiento intelectual”* (p.10). Definida así, la inteligencia emocional es una habilidad centrada en el procesamiento de la información emocional que unifica las emociones y el razonamiento, permitiendo analizar las

emociones de manera que favorece un razonamiento más efectivo de la vida emocional. Estos autores consideran que esta habilidad es independiente de rasgos estables de personalidad (Fernández-Berrocal & Extremera, 2005).

Por percepción emocional se entiende desde este modelo, la habilidad para identificar y reconocer los propios sentimientos y los de los demás que conlleva atención y capacidad para decodificar las señales emocionales, identificar las propias emociones y sus manifestaciones. La facilitación o asimilación emocional conlleva la habilidad para tener en cuenta los sentimientos en relación con el razonamiento, procesamiento de la información y la puesta en marcha de solución de problemas. Aspecto relevante en las interacciones entre emoción y cognición. Asimismo, la comprensión emocional supone habilidades para identificar, descifrar señales emocionales, etiquetar las emociones y reconocer categorías en las que se agrupan sentimientos, lo que conlleva conocer combinaciones de estados emocionales, lo que da lugar a emociones secundarias y las transiciones entre distintas reacciones emocionales. Desde esta perspectiva, la regulación emocional es una habilidad compleja, que incluye la apertura a experimentar sentimientos tanto placenteros como displacenteros, la capacidad para reflexionar sobre ellos, descartar o considerar la información contenida en éstos. Por otra parte, incluye la habilidad para regular las emociones propias y ajenas (Fernández-Berrocal et al., 2005).

Relacionado con estas habilidades emocionales, la atención y claridad emocional, está siendo objeto de atención creciente, debido a las implicaciones que en relación con el bienestar psicológico y el procesamiento emocional tienen en el ámbito de la regulación emocional. Boden y Thompson (2016) han realizado un meta-análisis sobre las relaciones entre la claridad emocional, entendida como el grado en que las personas identifican y etiquetan inequívocamente sus propias emociones, y la atención emocional, definida como la medida en que las personas atienden y valoran sus emociones, con el objetivo de conocer el grado de asociación entre estos dos constructos, y que constituyen amplias facetas de la conciencia e inteligencia emocional, implicadas en numerosos aspectos de la experiencia emocional, bienestar y psicopatologías, encontrando una asociación moderadamente positiva entre ambos.

La atención emocional alude al grado de atención que se presta a los procesos emocionales mientras que por claridad emocional se refiere a un meta-conocimiento de las emociones.

Las teorías y evidencias empíricas (p.e. la teoría de selectividad socioemocional de Carstensen, Isaacowitz, & Charles, 1999, citado por Boden, et al., 2016) demuestran que las diferencias individuales estables en claridad y atención emocional se asocian positivamente de manera moderada, apoyando indirectamente la hipótesis lógica de ser procesos complementarios. Asimismo, se postula que las personas que atienden a sus emociones, adquieren más claridad sobre sus emociones a medida que se envejece.

También la socialización diferencial de género en las emociones y la experiencia emocional a menudo contribuye a las diferencias entre hombres y mujeres, encontrándose mayores niveles de atención en mujeres (Boden & Berenbaum, 2011; Brody & Hall, 2010; Chaplin, Cole, & Zahn-Waxler, 2005), mientras que la claridad o comprensión no parece variar en función del género (Boden, et al., 2011).

Los resultados obtenidos en este meta-análisis muestran que la claridad emocional y la atención a la emoción estaban asociadas positivamente de forma moderada, sin embargo, no proporcionan evidencia directa sobre la relación causal entre ambos. Atender a las emociones puede ser necesaria pero no suficiente para aumentar la claridad emocional, donde múltiples factores, tales como la socialización parental de emociones, las reglas culturales que guían la expresión de las emociones y la capacidad de aprendizaje y experiencia emocional pueden influir en la obtención o no de conocimiento meta-emocional de mayor atención a las emociones, por ejemplo si tras prestar atención a la emociones son posteriormente suprimidas o evitadas, el conocimiento se vería limitado y podría resultar en problemas de regulación emocional.

Investigaciones orientadas a evaluar los niveles de atención, claridad y reparación del estado de ánimo, realizadas con el Trait Meta-Mood Scale (TMMS, Salovey, et al., 1995) considerada por sus autores como uno de los instrumentos que permiten operativizar algunos elementos de la inteligencia emocional, han revelado la existencia de perfiles diferenciales en sus componentes (Extremera & Fernández-Berrocal, 2005), mostrando que personas con alta inteligencia emocional tiene un patrón caracterizado por una moderada a baja puntuación en atención emocional y altas puntuaciones en claridad y reparación emocional (Salovey, Bedell, Detweiler, & Mayer, 1999).

En este sentido, personas que tienden a prestar atención constantemente a sus estados de ánimo en un esfuerzo por comprenderlas, no siempre resulta productivo y adaptativo, especialmente si no cuenta con capacidad para entender sus causas, motivos y consecuencias, lo que conlleva el riesgo de desarrollar una espiral emocional que propicie un proceso reflexivo descontrolado que aumenta el estado de ánimo negativo, correlacionado con mayor sintomatología ansiosa y depresiva y menores puntuaciones en funcionamiento social y salud psicológica, lo que revela la naturaleza desadaptativa y perjudicial de prestar excesiva atención a las emociones, especialmente las displacenteras (Extremera, et al., 2006).

La alta claridad emocional se ha relacionado con mayor satisfacción con la vida (Extremera, et al., 2005), mejor identificación de una emoción específica en situaciones estresantes, destinarán menos tiempo y recursos cognitivos a las reacciones emocionales, lo que les permite evaluar acciones alternativas, orientarse a otras tareas o utilizar de manera más adaptativa estrategias de afrontamiento, que con habilidades de reparación emocional predicen mejor ajuste psicológico y físico, menores niveles de ansiedad y depresión, mejor funcionamiento social, mayores niveles de vitalidad y una percepción más positiva de su salud en general (Extremera, et al., 2006, Fernández-Berrocal & Ruiz, 2008).

En este sentido, Hervás (2011) propone un modelo integrador orientado a facilitar comprensión de los fenómenos psicopatológicos y que plantea la regulación emocional como un apartado dentro de un modelo más amplio basado en el procesamiento emocional. Según este modelo, tras un suceso o situación con implicaciones emocionales se activaría automáticamente la necesidad de procesar emocionalmente la experiencia. Plantea seis procesos que permiten un procesamiento emocional óptimo de la experiencia y, en consecuencia, una regulación emocional eficaz. A la inversa, cuando uno de estos procesos es deficitario, la regulación emocional puede verse comprometida en su eficacia.

Define cada una de las tareas comenzando por la apertura emocional, y que consiste en la capacidad del individuo para tener acceso consciente a sus emociones. En segundo lugar, la atención emocional que se refiere a la tendencia a dedicar recursos atencionales a la información emocional, siendo el polo deficitario la desatención emocional. La aceptación emocional consiste en la ausencia de juicio negativo ante la propia experiencia emocional, siendo el polo deficitario el rechazo emocional. Por etiquetado emocional se refiere a la capacidad del individuo para nombrar con claridad sus emociones, siendo el polo deficitario la confusión emocional. El análisis emocional alude a la capacidad de la persona para reflexionar y entender el significado y las implicaciones de sus emociones siendo el polo opuesto la evitación emocional. Por último, la regulación emocional que hace referencia a la capacidad de la persona para modular sus respuestas emocionales a través de la activación de diferentes estrategias ya sean éstas emocionales, cognitivas o conductuales, siendo el polo opuesto la alteración de la regulación emocional (Hervás, 2011).

Uno de los mecanismos por los que tanto la falta de claridad, como la excesiva atención o la falta de aceptación emocional favorecen el desarrollo de síntomas depresivos parece ser el aumento de las reacciones de rumiación (Extremera, et al., 2006; Hervás & Vázquez, 2006; Salovey, et al., 1995). Distingue de la rumiación, el uso de la reflexión, que hace referencia al análisis emocional y que es una estrategia adaptativa. Por otra parte, la falta de aceptación de las emociones puede generar una mayor tendencia a rumiar y esto contribuyen al aumento de emociones displacenteras generados por ejemplo en episodios de tristeza (Watkins & Moulds, 2005, citado por Hervás, 2011).

5.3. HABILIDADES Y ESTRATEGIAS EMOCIONALES PREDOMINANTES EN MUJERES

Las mujeres frecuentemente informan ser emocionalmente más sensibles que los hombres, sin embargo, esto plantea una paradoja respecto a la regulación emocional efectiva, ya que la atención y claridad emocional son aspectos fundamentales dentro de los distintos modelos de regulación de las emociones, acontecimientos estresantes e inteligencia emocional (Thayer, Rossy, Ruiz-Padial, & Johnsen, 2003), aspectos relacionados con dimensiones estereotípicamente relacionadas con la feminidad.

Numerosos estudios encuentran que las mujeres tienen una mayor habilidad para reconocer, expresar e interpretar información emocional, tienen una estructura emocional más compleja y utilizan sutiles diferencias en la activación fisiológica para hacer juicios emocionales (Thayer & Johnsen, 2000). Esta mayor sensibilidad hacia las emociones en mujeres se ha relacionado con los roles vinculados con el cuidado de hijos/as y las relaciones (Bjorklund & Kipp, 1996).

Respecto a la socialización diferencial de varones y mujeres propuesta para explicar las diferencias de género en la mayor tendencia a rumiación observada en mujeres, Nolen-Hoeksema y colaboradores (1987) sugieren que es la implicación activa por parte de los progenitores respecto a los hijos varones en evitar desde muy pequeños que éstos muestren comportamientos femeninos lo que conduce a un estilo de respuesta activa ante estados de ánimo depresivo, por lo que esta diferencia resultaría del ajuste hacia las sanciones sobre la emocionalidad en hombres. Respecto a las mujeres, la rumiación puede que no sea estimulada directamente por los progenitores ni se premie la pasividad y contemplación en las niñas, simplemente lo que no hacen es recompensarles a ellas de igual manera ante respuestas activas para el manejo de estados emocionales negativos.

En un estudio reciente realizado con mujeres y varones adolescentes en España, se encuentra que ambos tienden a utilizar estrategias activas como por ejemplo solución de problemas y la aceptación. Sin embargo, se encontró que los varones de este estudio tendían a utilizar más estrategias como la reevaluación cognitiva y pensamientos positivos, mientras que las mujeres tendían a utilizar más estrategias emocionales como regulación emocional y la expresión de emociones, así como pensamiento desiderativo y rumiación (Etxebarria, Pascual, & Conejero, 2016).

Esto es congruente con las principales teorías que intentan dar cuenta de las diferencias de género en desordenes emocionales respecto a estrategias de afrontamiento de los malestares, que implica la mayor tendencia de las mujeres a la rumiación y centrarse en las emociones negativas en lugar de involucrarse activamente en la solución de problemas, estrategia más frecuentemente encontrada en hombres (Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweider, 2010; Nolen-Hoeksema, 2012).

Nolen-Hoeksema y Jackson (2001) encuentran que son las creencias relacionadas con la capacidad de control de las emociones; responsabilidad en el tono de las relaciones y sobre el control de acontecimientos negativos, las que resultaron ser mediadoras en mayor tendencia a la rumiación y preocupación en mujeres, descartándose la hipótesis alternativa que sugería como causa de las diferencias de género observadas se debieran a la angustia, expresividad emocional o tendencia a dar respuestas socialmente deseables.

Respecto a la supresión como posible variable moderadora de las diferencias entre sexos en síntomas depresivos, Flynn, Hollenstein y Mackey (2010), examinaron el papel de la no aceptación emocional, es decir pensar que las emociones son malas y hay que evitarlas como moderador entre la supresión y la

depresión en hombres y mujeres. Encontraron que los hombres informan suprimir más las emociones que las mujeres y que las mujeres muestran más síntomas depresivos. Sin embargo, la supresión estaba relacionada con depresión sólo en hombres y no en mujeres. Los análisis revelaron diferentes formas de interacción en hombres y mujeres, supresión y no aceptación de emociones. Baja aceptación de emociones estaba asociada con mayores síntomas depresivos si no se tiene en cuenta supresión o sexo. Con mayor aceptación de emociones, la supresión estuvo más asociada con síntomas depresivos en hombres y menos en mujeres.

Nolen-Hoeksema y Aldao (2011) examinaron las diferencias entre sexos y edad en el uso de las principales estrategias de regulación emocional, es decir, rumiación, supresión, reevaluación, solución de problemas, aceptación y apoyo social, y las relaciones entre estas estrategias y los síntomas depresivos y encontraron que las mujeres utilizaban más estrategias de regulación que los hombres, siendo estas diferencias estadísticamente significativas una vez controladas las diferencias de género en síntomas depresivos. El uso de más estrategias de regulación emocional disminuyó a medida que aumentaba la edad, con excepción de la supresión que aumentó en las mujeres, pero no en los hombres y el uso de la aceptación no disminuyó con la edad en mujeres.

Por otra parte, se encuentra que la eficacia de las estrategias adaptativas es más dependiente del contexto que los efectos perjudiciales de las estrategias desadaptativas. En este sentido, la resolución de problemas puede ser adaptativa sólo cuando se enfrenta a un problema solucionable, del mismo modo que en determinadas situaciones, la reevaluación no es la estrategia más adecuada, como por ejemplo en el contexto de una relación abusiva. Por el contrario, las estrategias desadaptativas como la rumiación y la supresión pueden tener efectos perjudiciales en una mayor variedad de circunstancias. Las mujeres informaron el uso de ambos tipos de estrategias desadaptativas y adaptativas. Esto, según las autoras, puede reflejar una tendencia general de las mujeres a ser más conscientes y estar más dispuestas a involucrarse en sus propias emociones que los hombres (Nolen-Hoeksema, et al., 2011).

Similares resultados obtienen Garnefski y Kraaij (2005) al comparar estrategias cognitivas de regulación emocional propuestas por Garnefski, Kraaij y Spinhoven (2001) que incluyen rumiación, catastrofización, auto-culpabilizarse, culpar a otros, aceptación, reevaluación positiva, poner en perspectiva, reenfocarse en positivo y planificarse, en distintos grupos de edad, encontrándose diferencias de género, obteniéndose puntuaciones mayores en las mujeres.

Desde la perspectiva de la inteligencia emocional, vinculando con las habilidades y competencias emocionales, se encuentra que las personas con desajuste emocional se caracterizan por alta atención a sus emociones, baja claridad emocional y la creencia de no poder modificar sus estados emocionales, lo que dificulta elaborar e integrar de manera adecuada pensamientos rumiativos e intrusivos que son frecuentes ante situaciones altamente estresantes, así como ante situaciones de estrés normal. Berrocal y colaboradores (2003) encuentran en España que las adolescentes prestan mayor atención y focalización

hacia sus sentimientos, son más rumiativas; mientras que los adolescentes muestran mayor facilidad para reparar sus estados emocionales negativos y mantener los estados positivos.

Martínez, Piqueras e Inglés (2011) tras una revisión sobre diferencias de género en dimensiones relacionadas con la inteligencia emocional y el afrontamiento de estrés obtienen que las mujeres puntúan más alto en medidas de habilidad y ejecución, especialmente en la dimensión de percepción emocional y concluyen que las mujeres parecen centrarse más que los hombres en las experiencias emocionales y en la empatía, aspecto que puede ser beneficioso para la búsqueda de apoyo social, sin embargo, la alta atención hacia las emociones y la baja claridad pueden determinar la creencia de no poder modificar sus propios estados emocionales y esto dificultar el afrontamiento de situaciones de estrés y potenciar el afrontamiento rumiativo. Y sugieren que estas diferencias podrían estar relacionadas con la adquisición de los roles de género mediante el proceso de socialización. De esta manera, a las mujeres se les enseña a anteponer las necesidades ajenas, ceder la iniciativa al otro sexo, reservarse las opiniones e inhibir los deseos por deferencia a los demás, produciéndose una mayor internalización de estructuras sociocognitivas prosociales.

Para entender las diferencias de género en la respuesta emocional, algunos autores (McRae, Ochsner, Mauss, Gabrieli & Gross, 2008) consideran necesario incluir medidas que superen los auto-informes de la experiencia emocional. Destacan que la percepción de las diferencias de género en la respuesta emocional es uno de los estereotipos de género más sólidos que existe, considerando que la creencia de que las mujeres son más emocionales que los hombres ha sido etiquetada como un “estereotipo maestro” que rigen en individuos de todas las edades y culturas.

Sin embargo, los estudios empíricos han mostrado ser menos consistentes de lo esperado en base a las convicciones populares y una limitación importante es que la mayoría de los estudios se ha realizado con medidas de autoinforme, lo que les hace más vulnerables a los estereotipos de género, sin embargo, las diferencias de género en la prevalencia de trastornos emocionales vinculadas con disregulación emocional existen y es necesario identificar los mecanismos que permitan esclarecer las causas (McRae et al., 2008). En este sentido y en orden a este estudio, la influencia de los estereotipos de género en la vivencia emocional, es coherente con la propuesta sobre la mayor conformidad con normas de género femeninas.

Asimismo, los estudios que utilizan respuestas fisiológicas a los estímulos emocionales muestran resultados poco consistentes y sólo en ocasiones apoyan que las mujeres son más reactivas emocionalmente en términos psicofisiológicos (p. e. Kring & Gordon, 1998).

McRae y colaboradores (2008) analizan las diferencias entre sexos respecto a la regulación emocional utilizando imágenes de resonancia magnética, mientras se les pide a las personas de ambos sexos que utilicen la reevaluación cognitiva para reducir sus respuestas emocionales tras la exposición a imágenes de valencia negativa. Los resultados mostraron que en ambos sexos se produjeron reducciones

comparables en la experiencia emocional negativa, sin embargo, sí aparecieron diferencias a nivel neurológico. Los hombres mostraron menores incrementos en la corteza prefrontal asociada con la reevaluación, mayores disminuciones en la activación de la amígdala asociada con la respuesta emocional y menor participación de las regiones estriadas ventrales que se asocian con el procesamiento de recompensas. Las posibles explicaciones para esas diferencias, que proponen estos autores, es que los hombres tal vez hacen menos esfuerzos cuando utilizan la regulación cognitiva, tal vez porque utilizan en mayor medida regulación emocional automática, mientras que las mujeres, utilicen en mayor grado emociones positivas al servicio de la reevaluación de las emociones negativas. Asimismo, proponen que los hombres no sólo estarían más entrenados en el uso de la reevaluación, sino que cuando se les instruye a regular sus emociones lo hacen de manera más rápida y automática. En este sentido, reanalizaron estudios previos en relación con la regulación automática y encontraron que los hombres tenían actitudes implícitas más positivas hacia la regulación de la emoción que las mujeres.

Por otra parte, sugieren que las mujeres generan afecto positivo en mayor medida que los hombres para regular y disminuir sus respuestas negativas. En este sentido, las mujeres parecen transformar cualitativamente su afecto negativo en afecto positivo utilizando más emociones positivas, mientras que los hombres sólo reducen la cantidad de afecto negativo. Esta idea coincide, según McRae y colaboradores (2008), con el hecho de que las mujeres tienden a representar sus experiencias emocionales de manera más compleja, lo que incluye evaluar simultáneamente las situaciones tanto de manera negativa como positiva. En este sentido, se ha demostrado que las diferencias individuales en rumiación afectan al grado en que las mujeres utilizan la regulación cognitiva para aumentar la emoción negativa y concluyen estos autores que una prioridad crucial es caracterizar la interacción entre género, rumiación y reevaluación (p.156).

La importancia de las variables cognitivas tanto en la emergencia de respuestas emocionales, procesamiento de la información relevante y en la selección y puesta en marcha de determinadas estrategias de regulación emocional es central en las propuestas de teorías de vulnerabilidad-estrés que se verán a continuación en el siguiente capítulo.

Capítulo 6 Factores de Vulnerabilidad Cognitivo-Emocionales

CAPÍTULO 6. FACTORES DE VULNERABILIDAD COGNITIVO-EMOCIONALES

En este capítulo se abordarán los factores cognitivos propuestos desde modelos de vulnerabilidad-estrés que más relevancia han tenido en la conceptualización y estudio empírico en el desarrollo de síntomas ansioso-depresivos que incrementan el riesgo de desarrollo de trastornos emocionales. Asimismo, se describen las principales influencias que las emociones ejercen en el procesamiento cognitivo y emocional, repasando brevemente las teorías que consideran aspectos emocionales y afectivos como factor de vulnerabilidad. Para finalmente centrarse en aquellos factores de género que han sido considerados relevantes en mujeres.

6.1. VULNERABILIDAD PSICOLÓGICA DIATESIS-ESTRÉS

Las complejas relaciones entre procesos cognitivos y las emociones han sido objeto de importantes análisis e investigaciones en las últimas décadas, y desde el ámbito de la psicología clínica ha contribuido al conocimiento sobre la interacción de la cognición y la afectividad en relación a la etiología y mantenimiento de trastornos clínicos (Hernangómez, 2012).

El estudio de las cogniciones en psicología clínica ha dado lugar a distintos modelos cognitivos, que destacan la importancia de la interpretación y la participación de diversos procesos cognitivos, tales como los pensamientos automáticos, atribuciones causales, ideas irracionales y sesgos atencionales entre otros, en el desarrollo de prácticamente todos los trastornos psicopatológicos y especialmente en los trastornos emocionales. Dichos factores cognitivos contribuyen al inicio, desarrollo y mantenimiento de problemas psicológicos como la depresión y la ansiedad (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Cano-Vindel, 1995; Sanz & Vázquez, 1993).

Asimismo, estos modelos de vulnerabilidad-estrés, han examinado la forma en que los eventos estresantes ambientales impactan de manera diferenciada en los individuos en función de distintos grados de vulnerabilidad, destacando los factores cognitivos en la generación de estrés (Eberhart, Auerbach, Brigda-Peyton, & Abela, 2011), y proponen la existencia de determinados factores de vulnerabilidad psicológica o predisponentes (diátesis) que permanecen latentes y que en su interacción con sucesos estresantes o negativos (precipitantes) aumentan la probabilidad de desarrollo y/o mantenimiento de un trastorno (Vázquez & Sanz, 2008).

6.1.1. DEFINICIÓN

Por vulnerabilidad psicológica se entiende la presencia de características internas, latentes y estables de una persona que pueden llevar a la cronificación de síntomas de malestar emocional, aumentando la probabilidad de desarrollar un trastorno psicopatológico ante la ocurrencia de sucesos vitales estresantes o adversos (Ingram, Miranda, & Segal, 2006).

Al tratarse de características latentes, implican la dificultad para acceder a ellos, excepto cuando determinadas condiciones las activan y facilitan su accesibilidad. Asimismo, la estabilidad supone una tendencia que en ningún caso es algo permanente e inmutable, ya que determinadas experiencias pueden acentuarla o atenuarla a pesar de su relativa resistencia al cambio (Hernangómez, 2012).

Desde el punto de vista de la psicopatología, los trastornos emocionales, tales como trastornos del estado de ánimo y ansiedad, pueden ser entendidos como déficits o excesos en la frecuencia y/o intensidad de conductas emocionales habitualmente adaptativas, que conllevan malestar subjetivo o distress, donde los significados privados de las personas juegan un papel importante (Cano-Vindel, 1995).

Asimismo, comparten algunas características comunes de índole cognitivo en relación con el manejo de las reacciones emocionales, tales como la ejecución de estrategias inadecuadas de regulación emocional (Cano-Vindel, 2011), creencias metacognitivas sobre la preocupación, incontrolabilidad y peligrosidad (Wells, 1995) y creencias o actitudes disfuncionales sobre la autovalía o la felicidad (Beck, 1987; Ellis, 1970).

Estos elementos cognitivos, se activan ante eventos estresantes y guían el procesamiento de la información relevante, influyendo en diversos procesos cognitivos relacionados con la atención, memoria y razonamiento, con el consecuente incremento de malestar y desadaptación (Beck, 1987).

Autores como Ellis y Beck entre otros, han propuesto modelos generales o específicos en los que afirman que algunas cogniciones pueden actuar como factores precipitantes o factores de vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos psicológicos o comportamentales, postulando distintos procesos cognitivos, esquemas y contenidos relevantes (Cano-Vindel, 1995).

6.1.2. TEORÍAS COGNITIVAS DE VULNERABILIDAD PSICOLÓGICA

La teoría cognitiva de Beck (Beck, Rusch, Shaw & Emery; 1983; Beck, 1987) ha sido una de las más influyente en el ámbito de la psicopatología tanto en lo relativo a su aplicación como modelo terapéutico (Castrillón, et al., 2005) como por el intento de explicar de forma integrada tanto la depresión como la ansiedad, articulando las diferencias y semejanzas entre ambas en la denominada hipótesis de la especificidad de contenido. Es decir, propone una serie de características específicas en forma y contenido de determinados pensamientos en relación con cada trastorno (Beck & Clark, 1988; Sanz, 1993).

La premisa básica de esta teoría es que en los trastornos emocionales existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información, que conduce a los síntomas afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos de estos síndromes psicopatológicos. Si bien estos sesgos están presentes en casi la mayoría de los trastornos emocionales, en la ansiedad destaca el sesgo de sobreestimación de la peligrosidad y una infravaloración de las propias capacidades para hacer frente a la situación. Mientras que, en la depresión, el procesamiento está sesgado hacia una sobreestimación de la frecuencia de acontecimientos de fracaso o pérdida, considerándolos además globales, frecuentes e irreversibles que dan origen a la denominada triada cognitiva negativa, que incluye una visión negativa del yo, del mundo y del futuro, lo que contribuye a una retirada persistente del entorno desadaptativa (Clark & Beck, 1997; Sanz, 1993).

Existe acuerdo en considerar que los sesgos en el procesamiento cognitivo en distintos momentos o aspectos del procesamiento emocional es un elemento fundamental y constituye un factor próximo desencadenante e implicado en el mantenimiento de los restantes síntomas depresivos o ansiosos (Sanz & Vázquez, 2009)

Entre los sesgos más estudiados destacan los relativos a la memoria, atribuciones causales e interpretación, pudiendo ser predichas la intensidad de las reacciones emocionales por la interacción entre un nivel elevado de actitudes y cogniciones disfuncionales con la aparición de sucesos estresantes de tipo general.

Ellis (1970) fue pionero en asociar los trastornos emocionales con el pensamiento irracional, enfatizando el papel de las creencias irracionales como elemento central de muchas conductas inapropiadas o contraproducentes y trastornos emocionales. Si bien desde este modelo, la principal fuente de distorsiones y reacciones emocionales desadaptativas está en los pensamientos irracionales basados en supuestos o creencias irracionales (Bridges & Harnish, 2010), que concretamente relacionó con procesos cognitivos del pensamiento emocional como la baja tolerancia a la frustración, a los síntomas de malestar emocional, al catastrofismo y la exigencia (Sandín, et al., 2012).

Distintas revisiones sobre modelos cognitivos de vulnerabilidad-estrés (Alloy, Abramson, Whitehouse, Hogan, Panzarella, & Rose, 2006; Hankin & Abramson, 2001; Nolen-Hoeksema, 2002) postulan que personas con determinados estilos cognitivos negativos tienen mayores probabilidades de desarrollar trastornos emocionales cuando se encuentran con eventos de la vida negativos o estresantes. Entre ellos se han identificado como factores de vulnerabilidad cognitiva, por ejemplo, poseer un estilo de respuesta rumiativo, un estilo de atribución negativo sobre causas de esos acontecimientos, sobre uno mismo/a y las consecuencias de los mismos, así como poseer creencias negativas sobre la propia valía y competencia en los ámbitos tradicionales de logro y en las relaciones interpersonales (Hyde, Mezulis, & Abramson, 2008).

La teoría de la desesperanza, propuesta por Abramson, Metalsky y Alloy (1989) plantea que las personas que atribuyen las causas de los eventos vitales negativos a factores estables, globales y generalizables, y que infieren consecuencias y características negativas sobre sí mismas cuando se enfrentan a un acontecimiento negativo, serán más propensas a desarrollar depresión, conformando este estilo atribucional negativo una vulnerabilidad para la depresión.

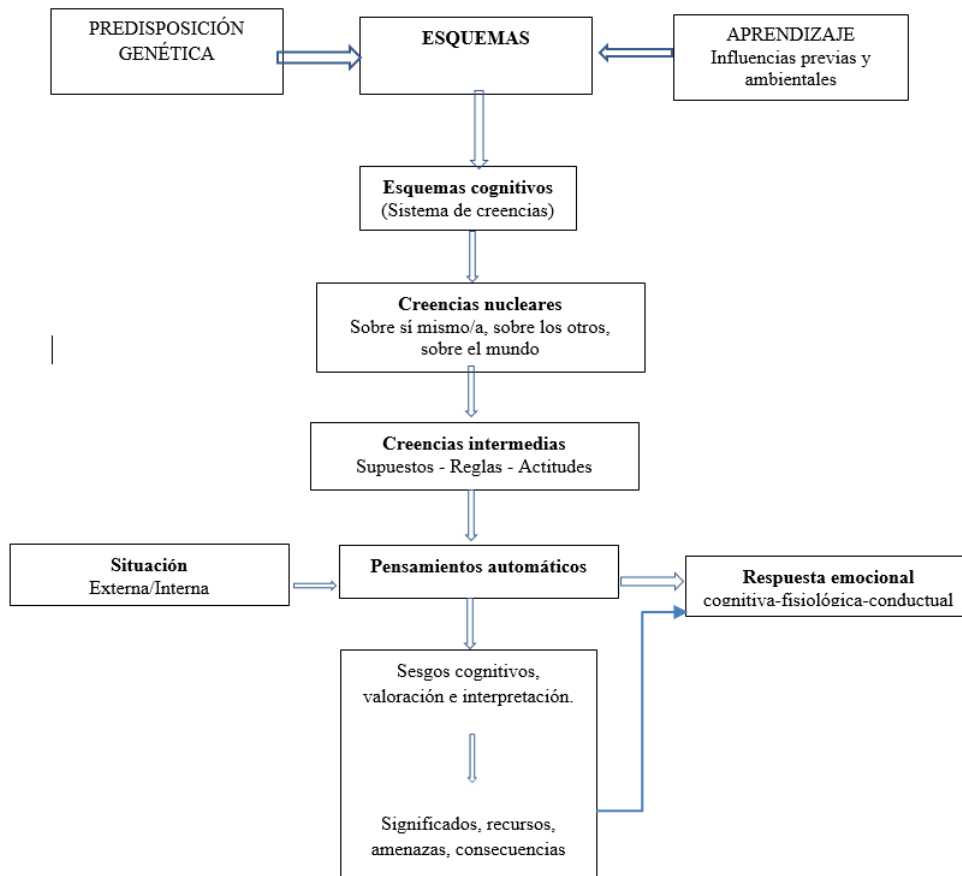
Hong & Cheung (2014) realizaron un meta-análisis sobre las distintas vulnerabilidades relacionadas con patrones cognitivos desadaptativos para depresión (estilo inferencial pesimista, actitudes disfuncionales y estilo rumiativo) y ansiedad (sensibilidad a la ansiedad, intolerancia a la incertidumbre y miedo a la evaluación negativa) y encuentran que el mejor ajuste a los datos del meta-análisis lo proporciona un modelo de un factor, lo que sugiere un factor etiológico común compartido entre las vulnerabilidades, cuyos principales factores y sus cargas se encontraron en intolerancia a la incertidumbre y actitudes disfuncionales, seguidas por la sensibilidad a la ansiedad, miedo a la evaluación negativa, estilo inferencial pesimista y estilo rumiativo. En base a estos resultados, estos autores sugieren algunos factores nucleares de estas vulnerabilidades para ansiedad y depresión, tales como la intolerancia a la incertidumbre, los pensamientos negativos repetitivos y la tendencia a cometer distorsiones cognitivas, que recuerda a la propuesta realizada por Barlow (2002) sobre la existencia de una vulnerabilidad psicológica generalizada, descrita como un sentido de incontrolabilidad e impredecibilidad sobre el entorno externo y las propias emociones internas

6.1.3. MODELO DE ESQUEMAS DE BECK

El Modelo de los Esquemas de Beck (1967) postula la existencia de estructuras cognitivas supraordinadas disfuncionales denominadas esquemas mentales (Figura 1) así como pensamientos negativos y sesgos en el procesamiento de la información que, ante acontecimientos estresantes valorados como pérdida, conducen a la denominada triada cognitiva negativa, considerada un precursor de estados depresivos (Vázquez & Sanz, 1996).

El modelo cognitivo de Beck (Beck; 1967;1987; Clark & Beck, 1989; 2010) propone que entre los factores implicados en los procesos depresivos y ansiosos destaca la presencia de las actitudes o creencias disfuncionales sobre el significado e importancia de ciertos acontecimientos o experiencias, que condicionan la construcción de la realidad y la valoración subjetiva de las mismas, constituyéndose en un elemento de vulnerabilidad cognitiva cuando son rígidas, inapropiadas y excesivas (Vázquez & Sanz, 1991; Estévez & Calvete, 2009).

Figura 1. Principales elementos del modelo de esquemas de Beck



6.1.3.1. ESQUEMAS COGNITIVOS

Desde las teorías cognitivas se proponen distintos niveles de cogniciones, donde los productos cognitivos denominados pensamientos automáticos son los más superficiales y reflejan lo que las personas se dicen a sí mismas sobre sí, el mundo y las relaciones con los demás, que a su vez están determinados y reflejan esquemas cognitivos más difíciles de observar por mantenerse latentes hasta que son activadas determinadas circunstancias (Estévez, et al., 2009).

Los esquemas son estructuras cognitivas estables y profundas que se encuentran en el origen de numerosos trastornos psicológicos y que se van elaborando a lo largo de la vida, determinando conductas, pensamientos, sentimientos y guiando las interacciones interpersonales. Los esquemas organizan la información y conocimientos que las personas tienen sobre sí mismas y el mundo, representa la información referente a una categoría particular de “personas, cosas y eventos”, que se van desarrollando a lo largo del desarrollo de la persona y se fortalece con la repetición, procesamiento y organización de información similar que se almacena en el mismo esquema. Cuanto más se utiliza un esquema más se fortalecerá y adquirirá una mayor cohesión interna, aumentando su resistencia al cambio (Bottomley, 1998).

Durante la infancia y desarrollo las personas aprenden reglas con las que intentan dar sentido al mundo que les rodea, de modo que *“estas reglas se configuran como actitudes o suposiciones, creencias tácitas, estables acerca de sí mismo y del mundo, que determinan el significado y valor que la persona da a sus experiencias cotidianas. A menudo estas creencias están conectadas con recuerdos relevantes a su desarrollo y formación”* (p. 711, Sanz, et al, 1993).

En el modelo de Beck, las experiencias negativas tempranas, desde un punto de vista temporal, son causas distales, que contribuyen a la formación de esquemas y actitudes disfuncionales, que se activan ante la presencia de un acontecimiento crítico y en consecuencia los sesgos en el procesamiento de la información se ponen en marcha, distorsionando la información y la emergencia de pensamientos negativos (Vázquez, et al, 2009).

Los esquemas cognitivos son un aspecto central dentro de la teoría cognitiva de Beck y hacen referencia a representaciones relativamente estables del conocimiento y que se organizan en base a la experiencia previa, permitiendo monitorizar, codificar y evaluar los estímulos internos y externos, para organizar la conducta. Este autor afirma que ciertos patrones cognitivos relativamente estables constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones, designando a estos patrones cognitivos estables bajo el término de esquemas (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1983).

En este sentido, los esquemas cognitivos dirigen la percepción, codificación, organización, almacenamiento y recuperación de la información, es decir filtran la información. Los estímulos congruentes con los esquemas se atienden, elaboran y codifican, mientras que la información inconsistente se ignora y olvida, lo que permite simplificar la información siguiendo un principio de economía cognitiva (Sanz, 1993).

El concepto de esquema se ha constituido un elemento clave en las explicaciones psicopatológicas dentro de la teoría cognitiva, llegando a ser una de las características de los trastornos psicopatológicos la presencia de esquemas idiosincrásicos desadaptativos que dominan el sistema

de procesamiento de la información cuando son activados por circunstancias relevantes del ambiente (Clark & Beck, 1997).

Los esquemas disfuncionales depresogénicos y ansiógenos distorsionan la información y la interpretación de la realidad, magnificando los datos que confirman el esquema y negando o minimizando aquella información inconsistente con el mismo y dando lugar a una serie de errores cognitivos a todos los niveles del procesamiento de la información (Estévez, et al., 2009; Sanz, 1993, Vázquez et al., 1993).

Entre las características respecto a la estructura de los esquemas disfuncionales destacan el ser rígidos, concretos, resistentes al cambio e irrefutables y se organizan a nivel superior en torno a una temática común, que en el caso de la ansiedad es la vulnerabilidad o el peligro, mientras que en la depresión se organizan en torno a la auto-constricción.

Los esquemas establecen reglas, creencias tácitas o actitudes estables acerca de si mismos y del mundo, que son desadaptativos, irreales y frecuentemente conectados con recuerdos relevantes al desarrollo y formación de tales creencias. En ambos tipos de esquemas, depresogénicos y ansiógenos, predominan las reglas condicionales, sin embargo, mientras que en los ansiógenos dejan cierto margen a la ocurrencia de resultados no dañinos, como por ejemplo “si ocurre un suceso específico puede tener resultados adversos”, mientras que en los esquemas depresógenos las reglas son más absolutistas y presuponen la fatalidad del resultado, como por ejemplo “si fracaso en parte significa que siempre seré un desastre” (Beck & Emery, 1985 citado en Sanz, 1993, p. 9).

De este modo, los esquemas excesivamente rígidos, resistentes al cambio, absolutistas e irrefutables, se convierten en disfuncionales pues interfieren con las habilidades para satisfacer las necesidades de estabilidad y autonomía de la persona (Estévez, et al, 2009), generando un estilo negativo tanto a nivel perceptivo y valorativo de la realidad, como de las relaciones interpersonales y los demás, aumentando la aparición y percepción de eventos estresantes en el caso de personas depresivas (Clark, Beck, & Alford, 1999).

La influencia de estos esquemas disfuncionales en el procesamiento sesgado provendría de la activación de esquemas congruentes y relevantes ansiógenos o depresivos y la desactivación de los esquemas que permiten procesar información incongruente en presencia de un evento estresante análogo a aquellos que contribuyeron a su formación durante el proceso de socialización, constituyendo diátesis cognitivas para los trastornos emocionales en interacción con el medio, siendo activados por eventos estresantes, y causan sustancialmente angustia y morbilidad psicológica (Abramson, Metalsky, & Alloy, 1989; Alloy et al., 2006; Beck, 1967; 1983; Ingram, et al., 1998; Sanz, 1993).

Según Clark y Beck (1988) los rasgos de personalidad constituyen esquemas cognitivos de orden jerárquico superiores a los otros esquemas, identificando dos dimensiones de personalidad como la sociotropía y autonomía que, según estos autores, constituyen factores de vulnerabilidad o diátesis para el desarrollo de trastornos emocionales.

La sociotropía, como dimensión de personalidad, hace referencia a la inversión que realiza una persona en la creación y mantenimiento de relaciones sociales positivas. En este sentido, las personas con orientación sociotrópica promueven sus objetivos mediante la cercanía en las relaciones interpersonales y poseen una alta motivación para mantener relaciones con los demás. Entre las características destacables se encuentran el deseo de aceptación, intimidad, comprensión, apoyo y orientación por lo que el comportamiento se orienta a evitar la desaprobación de los compañeros, familia y figuras de autoridad. La influencia de los otros es central en el bienestar de estas personas. Beck (1983) considera que la vulnerabilidad de esta dimensión de personalidad para experimentar una depresión sociotrópica se produce ante la percepción de pérdida de una relación social o el rechazo percibido.

Esta dimensión sociotrópica, caracterizada por la necesidad de relaciones interpersonales contiene esquemas socialmente dependientes, que incluyen una constelación de esquemas, actitudes y creencias autorreferentes y sobre la relación de la persona con el mundo que implican una elevada consideración de las relaciones interpersonales y una alta dependencia social a la hora de juzgar la propia valía, es decir, una orientación interpersonal elevada, necesidad de aceptación, compañía, tendencia a mantener relaciones cercanas con miedo excesivo al abandono, rechazo y desprecio (Toro, Arias, & Avella, 2013).

La dimensión de personalidad denominada autonomía, contiene esquemas de logro, que incluye creencias y actitudes relacionadas con la obtención de logros, metas personales y el perfeccionismo, que priorizan la independencia, libertad de acción, la privacidad, la autodeterminación y van acompañados de un miedo excesivo al fracaso y aversión a la decisión o control por parte de otros. La autonomía por tanto hace referencia a la inversión que realiza una persona en preservar la independencia, los derechos personales y la capacidad para comprometerse con el logro de metas, con tendencia a alcanzar sus metas distanciándose de los demás. Personas altamente autónomas se caracterizan por su tendencia a evitar el fracaso y a incrementar el control sobre su propio entorno y los demás, con poca conciencia de las consecuencias sobre los demás. La depresión autónoma se produciría cuando se percibe fallo en el logro o una percepción de pérdida de control sobre su entorno (Beck, 1983).

Beck (1983) sugería que esquemas autónomos eran más habituales en hombres y los de sociotropía en mujeres, asociados a las diferentes construcciones la identidad reforzadas por la socialización diferencial de género (Hernangómez, 2012).

La activación de esquemas sociotrópicos o autonómicos latentes puede incrementar la probabilidad de desarrollar un trastorno ansioso o depresivo si el evento estresante es congruente con estos (Clark & Beck, 2010; Toro, et al, 2013). Algunos autores han encontrado que la interacción con estrés interpersonal, situaciones relevantes con la aceptación social y atracción personal predice disforia activando esquemas depresógenos o ansiógenos, mientras que estresores relacionados con logro/fracaso y la pérdida de control en interacción con la dimensión de personalidad autonomía activarían esquemas disfuncionales generando ansiedad y depresión (Beck, 1983; Gotlib & Joormann, 2010).

La centralidad de los esquemas disfuncionales o creencias irracionales ha generado distintas propuestas para sistematizar e intentar captar estas estructuras latentes con el objetivo de identificar estas potenciales fuentes de vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos emocionales. Las principales fuentes de observación para la generación de estas creencias disfuncionales provienen de la observación clínica, siendo Beck y Ellis, los autores más representativos y que luego han dado lugar a distintas adaptaciones como la propuesta de Young (1999) en relación a la formación de esquemas tempranos desadaptativos (Castrillón, et al., 2005).

Ellis (1970) propuso como base de numerosas manifestaciones psicopatológicas frecuentes, los pensamientos irracionales influidos por supuestos personales disfuncionales (Sandín, et al., 2012). Dicho autor, agrupó once tipos de creencias irracionales organizadas en cuatro categorías consideradas como factores etiológicos de trastornos emocionales y conductuales que denominó: *exigencia* (requerimientos absolutistas expresados en términos de “debería” “tengo que”, “tendría que”); *catastrofismo* (evaluación de los eventos negativos como peores de lo que debería ser); *baja tolerancia a la frustración* (considerar que no es posible tolerar ciertas circunstancias); y *la evaluación global o generalización* (calificaciones negativas generalizadas acerca del mundo y de uno mismo).

Según esta teoría y a diferencia de la teoría de Beck, el desarrollo de psicopatología proviene de focalizarse repetidamente en esos pensamientos generadores de malestar, mientras que Beck propone que están causadas por procesos de pensamientos ilógicos (Bridges, et al., 2010).

Young (1999) desarrolla a partir de la teoría de Beck su teoría de los esquemas tempranos, con énfasis en el contenido desadaptativo de los esquemas que se presentan tanto trastornos de personalidad como otros psicopatológicos. Propone que los esquemas desadaptativos tempranos se desarrollan a lo largo de la infancia, son muy estables y duraderos y se elaboran a lo largo de la vida de la persona, sirviendo de marcos para el procesamiento de experiencias posteriores (Castrillón, et al., 2005). Los esquemas cognitivos según la propuesta de Young, estarían organizados en *cinco categorías o dominios*, que agrupan dieciocho esquemas desadaptativos tempranos. Los dominios que contienen los esquemas cognitivos que más se han relacionado con

la depresión (Estévez, et al., 2009) son los denominados de *desconexión y rechazo* (que agrupan esquemas de abandono/inestabilidad; desconfianza/abuso; privación emocional e imperfección/culpa e implican la expectativa de que las necesidades propias de seguridad, aceptación y respeto no van a ser cubiertas por los demás), *autonomía deteriorada* (incluye esquemas como el de dependencia, vulnerabilidad al daño o a la enfermedad, apego y fracaso e implican una visión negativa de uno mismo/a y del ambiente en cuanto a la capacidad para tener éxito o para funcionar de manera autónoma respecto a los demás) y *orientación a los demás* (incluye los esquemas de auto-sacrificio y subyugación, que implican un excesivo énfasis en los deseos y sentimientos de los demás).

Estos esquemas cognitivos se han relacionado con el desarrollo de síntomas y trastornos depresivos y la ansiedad. Además, algunos estudios han mostrado diferencias de género en estos esquemas, lo que podría contribuir a explicar la mayor prevalencia de depresión entre las mujeres (Estévez, et al., 2009; Castrillón, et al., 2005).

6.1.3.2. ACTITUDES Y CREENCIAS DISFUNCIONALES

Las actitudes disfuncionales se han conceptualizado como creencias rígidas y desadaptativas sobre uno/a mismo/a, el mundo y el futuro (Beck 1967; 1983), consideradas un factor de vulnerabilidad antecedente para el desarrollo de psicopatología y que también puede contribuir al mantenimiento y recurrencia de problemas psiquiátricos y conductuales a lo largo del tiempo (Hankin & Abramson, 2001; Clark, Beck, & Alford, 1999).

Weissman y Beck (1978) sistematizaron las principales creencias y actitudes desadaptativas subyacentes a estos esquemas disfuncionales, en base a las tendencias predominantes observadas en la práctica clínica, agrupándolas en siete áreas de funcionamiento.

La *necesidad de aprobación*, incluye afirmaciones que permiten valorar la tendencia de la persona a juzgar su autoestima en función de cómo la gente reacciona ante ella o lo que piensan de ella. La *necesidad de amor*, evalúa la tendencia a medir la autovalía y felicidad en función de si es amada o no.

En el área denominada *necesidad de logro o éxito*, se mide la primacía del sentido constreñido de su autovalía centrado en el trabajo y en la productividad. En *perfeccionismo*, se evalúan las creencias que reflejan la tendencia a establecer criterios de rendimiento inflexibles y excesivamente altos.

En cuanto a los *derechos sobre los otros*, se mide el nivel de convencimiento de tener derecho a ciertas cosas como el éxito, amor, felicidad, o que las cosas funcionen como ella quiere. La

tendencia a la focalización de la atención en su universo personal y la propia asignación de responsabilidad sobre casi todo lo que ocurre a su alrededor se ha denominado *omnipotencia*.

Y finalmente, nivel *de autonomía personal* evalúa la habilidad de la persona para encontrar la felicidad dentro de sí misma, para darse cuenta de que su potencial para la felicidad y para la autoestima no viene de fuera, sino que en última instancia es ella quien las crea.

La disfuncionalidad de estas creencias se refleja en el acuerdo con afirmaciones inflexibles y absolutistas extremas del tipo todo, siempre, nunca o imperativos categóricos tales como deberías y exigencias (Bridges, et al., 2010; Sanz et al., 1993).

Algunos autores encuentran que estas siete áreas de creencias disfuncionales se pueden agrupar en dos factores denominados “evaluación de desempeño” (Cane, Olinger, Gotlib, & Kuiper, 1986) o perfeccionismo (Zlotnick, Shea, Pilkonis, Elkin, & Ryan, 1996) y “aprobación de los demás” (Cane et al, 1986; Zlotnick et al, 1996), que podrían estar relacionados con las características de las personas vulnerables a la depresión, personalidad autónoma y socialmente dependiente respectivamente y para los cuales existe cierta evidencia de mayor sensibilidad y vulnerabilidad ante determinadas clases de eventos negativos (Barnett & Gotlib, 1990; Zlotnick, et al., 1996).

En apoyo a esta perspectiva de vulnerabilidad-estrés de las actitudes disfuncionales, varios estudios, aunque no todos, han demostrado a través de estudios longitudinales un efecto interactivo entre las actitudes disfuncionales y eventos vitales estresantes en la predicción de psicopatología emocional, si bien parece ser más interesante, pero menos estudiadas las relaciones entre estas actitudes disfuncionales y los factores de estrés cotidianos por su frecuencia y centralidad en las fluctuaciones del estado de ánimo diario. Por ejemplo, Hankin (2010) ha investigado la asociación entre actitudes disfuncionales y respuestas afectivas a factores de estrés diarios y encontró que las asociaciones intrapersonales entre el estrés de la vida diaria y los síntomas depresivos son mayores para las personas que presentan más actitudes disfuncionales (Conway, Slavich, & Hammen, 2015).

Respecto a las relaciones entre las actitudes disfuncionales sobre las respuestas afectivas al estrés, Conway y colaboradores (2015) tras considerar otros factores que influyen en la reactividad al estrés, reclama la necesidad de incrementar la investigación en este sentido para demarcar la influencia que tienen dichas actitudes disfuncionales en las respuestas afectivas a factores de estrés diarios, personalidad y factores clínicos que contribuyen a la vida afectiva de las personas, puesto que algunos autores cuestionan la independencia conceptual de las actitudes disfuncionales de vulnerabilidades más amplias como son el pensamiento irracional, la baja autoestima y el pesimismo, todas ellas consideradas facetas del neuroticismo (p.ej., Costa & McCrae, 1992;

Eysenck & Eysenck, 1975; 2007; Adam, Vrshek-Schallhorn, Kendall, Mineka, Zinbarg, Craske, 2014).

Clark y Beck (2010) realizan una actualización de sus modelos de esquemas para depresión y ansiedad (Beck & Clark, 1997) haciéndolo extensivo a los desórdenes emocionales y concluyen que estas vulnerabilidades cognitivas para el desarrollo de desórdenes emocionales operan dentro de un marco de diátesis estrés, en que las tensiones negativas de la vida responden a modo de esquema negativo subyacente y aumentan la probabilidad de precipitar un episodio ansioso o depresivo cuando los acontecimientos de la vida son incongruentes con los contenidos de los esquemas disfuncionales. Con la activación repetida, los auto-esquemas adquieren una organización más coherente y elaborada, es decir, se transforman en un modo depresivo o ansioso, que con el tiempo se hace más fácilmente accesible por mayor gama de acontecimientos estresantes de la vida más leves. Así el multivalente modo depresivo o ansioso domina el procesamiento de la información, lo que resulta en un debilitamiento concomitante del control cognitivo sobre la emoción al verse dificultado el acceso a modalidades más adaptativas y alternativas de modos de pensamiento.

6.3.1.3. INFLUENCIA EN EL PROCESAMIENTO EMOCIONAL

Como resultado de estos esquemas, creencias y actitudes disfuncionales, los procesos y operaciones cognitivas en el procesamiento de la información emocionalmente relevantes se ven afectados generando distorsiones o sesgos, que influyen a su vez en las interpretaciones y valoraciones de la significación y grado de control sobre los mismos y las consecuencias.

Las operaciones cognitivas, es decir, los procesos resultantes de los modos de procesamiento cognitivo, son observables en mayor o menor medida en todos los estados psicopatológicos, sin embargo, se muestran con mayor claridad en ciertas condiciones psicopatológicas.

Así, por ejemplo, en los trastornos de ansiedad, en las situaciones percibidas como amenazantes, los indicadores de peligro se atienden selectivamente (*maximización y filtraje*) y las señales de seguridad se ignoran o minimizan (*minimización*) y el pensamiento se vuelve dicotómico y absolutista sobre la peligrosidad de una situación determinada, de forma que si no se tiene certeza de la seguridad de la misma, se considera peligrosa. Esto contribuye a una generalización en la percepción de amenaza en un amplio rango de estímulos físicos y psicológicos, tanto en base a la experiencia pasada como presente, seleccionando datos consistentes con la percepción de peligro, dificultando a la vez distinguir entre estímulos que señalan peligro de los que señalan seguridad, aumentando la percepción de incapacidad para hacer frente a los peligros. Mientras que, en los trastornos depresivos, se atiende selectivamente la información negativa (*maximización y filtraje*) y se *minimiza* la positiva, se *personalizan* los fallos, se exageran y *sobregeneralizan* los efectos

negativos, lo que contribuye a la triada cognitiva negativa que incrementa la ejecución de mayores sesgos atencionales y de memoria congruentes con estos esquemas disfuncionales, a la vez que los refuerza y retroalimenta (Sanz, 1993).

Todas estas operaciones cognitivas (inferencias arbitrarias, abstracción selectiva, sobregeneralización, maximización y minimización, personalización, y pensamiento dicotómico y absolutista), a diferencia de los esquemas o actitudes disfuncionales, tienen correlatos directamente observables en forma de pensamientos o imágenes voluntarias y pensamientos automáticos, consistentes en ideas o imágenes estereotipadas, repetitivas y no intencionadas, con apariencia de plausibilidad y dificultades en el control de los mismos, que constituyen un diálogo interno o auto-verbalizaciones más superficiales, transitorios y son más fácilmente influenciables por el estado de ánimo y demandas situacionales presentes (Estévez, et al., 2009; Sanz, 1993).

El procesamiento de la información proveniente tanto de las demandas situacionales internas y/o externas como de los estados emocionales, interactúan entre sí, propiciando la ejecución de operaciones cognitivas en base a creencias, esquemas y supuestos personales congruentes con la percepción de la situación en relación con el bienestar personal y la capacidad percibida de regular y hacer frente a las mismas, contribuyendo a su vez a generar distintos estados emocionales, de mayor o menor intensidad, duración y frecuencia, que se constituyen variables moduladoras de posteriores procesos cognitivos. Es decir, los procesos emocionales y cognitivos son interdependientes ejerciendo una influencia bidireccional en los procesos emoción-cognición, que como se verá en el siguiente apartado, el estudio de la influencia de las emociones sobre la cognición, especialmente los efectos sobre procesos mentales superiores, como son la memoria, la percepción o razonamiento.

6.2. INFLUENCIA DE LAS EMOCIONES EN LA COGNICIÓN

La idea de la influencia de las emociones sobre la cognición, no es algo nuevo en psicología, tal como recoge Zajonc (1980) al reflexionar sobre esta cuestión, quien recurre a las observaciones realizadas por ya por Wundt, sobre la preeminencia de los sentimientos o componentes afectivos en los procesos de percepción fisiológicos previos a cualquier cognición en relación a las emociones. Los componentes fisiológicos y biológicos de la emoción vinculados con enfoques filogenéticos y ontológicos de las emociones han dado lugar a numerosos aspectos debatidos desde perspectivas que enfatizan la influencia de la emoción sobre la cognición (Para una revisión véase Palmero, 1996; Ramos-Linares, et al., 2009).

Sin embargo, y más allá de planteamientos sobre la primacía de las emociones en las cogniciones o viceversa, que han dado lugar a polémicas como la sostenida entre Zajonc (1984) y Lazarus (1984), ambos coinciden en admitir la influencia recíproca entre los fenómenos emocionales y los procesos cognitivos, ya que un estado emocional se puede generar a través de determinados procesos cognitivos y a su vez, la emoción ejerce una gran influencia en el modo de procesar e interpretar las situaciones, extendiéndose a otros procesos cognitivos (Cano-Vindel, 1989).

6.2.1. TEORÍAS SOBRE LA INFLUENCIA EMOCIÓN-COGNICIÓN

Las teorías sobre la influencia de la emoción en los procesos cognitivos fundamentalmente se han centrado en el estudio de la influencia de las emociones y sentimientos sobre la memoria, percepción, juicio, razonamiento, toma de decisiones, considerando fundamentalmente que los estados emocionales actúan como filtros selectivos sobre la información entrante. Y en este sentido, los modelos representacionales han sido relevantes en el estudio de la influencia e interacción de las emociones sobre los procesos cognitivos (p.ej., Bower, 1981; Lang, 1979; Zajonc & Markus, 1984; Izard, 1984).

Así, por ejemplo, Lang (1977) propone un modelo proposicional para el procesamiento de imágenes emocionales, en el que considera que tanto las características que influyen en la cualidad como en la intensidad emocional está representada prototípica o esquemáticamente en una red asociativa de significados almacenados en la memoria a largo plazo. Dicha información contiene proposiciones específicas para cada tipo de emoción referente a la situación, reacción y significado, que en función se activarían contribuyendo a la vivencia emocional (Cano-Vindel, 1995).

Uno de los modelos más influyentes es el propuesto por Bower (1981), quien elabora una teoría sobre redes asociativas de memoria y emoción, en la que establece que la memoria humana puede ser modelada en términos de una red asociativa de conceptos semánticos y esquemas que son utilizados para describir eventos. Así, por ejemplo, un evento es representado en la memoria por una agrupación de proposiciones descriptivas. El autor considera que *“la unidad básica del pensamiento es la proposición, siendo el proceso básico del pensamiento la activación de una proposición y sus conceptos. Los contenidos de la conciencia son las sensaciones, conceptos y proposiciones que se hacen sobresalientes cuando el nivel de activación por un estímulo excede determinado umbral y este activa un nodo específico asociados a una determinada emoción”* (p. 135).

Teorías evaluativas de la emoción posteriores muestran gran afinidad con el modelo de Bower, y establecen que cuando una emoción es activada se debe a que el cerebro reconoce una situación evocadora, y ese nodo de emoción extiende su activación a una variedad de indicadores con los

que está conectado, que incluyen reacciones fisiológicas y autonómicas características de la emoción, expresiones corporales y faciales, etiquetas verbales para cada estado, una colección de tendencias de acciones, algunos temas asociados con esa emoción, y un conjunto de recuerdos de los acontecimientos que se hayan asociado con esa emoción en el pasado (Bower & Forgas, 2000).

Bower y colaboradores (2000) parten de la idea ampliamente compartida sobre la existencia de un sistema perceptivo-interpretativo que analiza y evalúa los estímulos ambientes por su significado emocional que enciende o despierta la emoción (o mezcla de emociones) apropiadas cuando se presenta la situación apropiada. Estas decisiones de reconocimiento de emociones se llevan a cabo, según Bower y Cohen (1982), utilizando colecciones de reglas de producción que especifican clases de situaciones externas que se convierten en emociones particulares.

Zajonc (1984) propone una representación directa de los componentes motores o expresivos de la emoción, sin que ésta esté mediada por la representación de los componentes cognitivos. Así, la actividad autonómica y la manifestación motora de la emoción son dos formas de representación fuerte y rígida, mientras que la experiencia emocional, conforma las bases de la representación suave y flexible que requiere de la mediación del sistema cognitivo de manera similar a otras estructuras asociativas, con forma proposicional o analógica pero que en el caso de la emoción derivan de la transformación del estímulo sensorial o fisiológico. De esta manera, la experiencia de la emoción es una cognición.

Según esta propuesta, en casos extremos, solo la activación fisiológica o arousal es una consecuencia necesaria de la generación de emoción, considerando que ni la experiencia, ni la expresión son necesarias en los procesos de emoción. Las estructuras asociativas que derivan del feedback propioceptivo y cenestésico pueden interactuar con estructuras asociativas que representan el estímulo, implicando procesos de activación (Fernández-Abascal, et al., 1995).

Izard (1984) de manera similar, sostiene que el feedback facial es crucial en la generación de la experiencia emocional, si bien pueden coexistir en la consciencia simultáneamente con representaciones en forma de imágenes, esquemas o símbolos fruto de la transformación de la información sensorial y, por otro lado, una representación afectiva de la emoción, producto de la activación directa del sentimiento por el impulso sensorial. De esta forma, a lo largo del desarrollo, se asociarían clases particulares de imágenes, símbolos y acciones con sentimientos particulares y patrones de sentimientos que darán como resultado estructuras y redes cognitivo-afectivas, que constituirán fuerzas motivacionales y organizativas que influyen en cómo se percibe la realidad (Cano-Vindel, 1989).

Bower y colaboradores (1981; Forgas & Bower, 1987) demostraron experimentalmente que los sentimientos actúan como un filtro selectivo sobre la información entrante, dando prioridad a los

elementos estímulos congruentes con el estado de ánimo, realzándolos y por tanto recibiendo más atención y un procesamiento más profundo, que determina su almacenamiento en la memoria. Asimismo, los sentimientos influyen en la recuperación de información, a la vez que aparecen fuertes influencias emocionales sobre el pensamiento y los juicios, que se ponen en marcha tanto en procesos de asociación libre, opiniones sobre la gente, juicios de probabilidad de ocurrencia de eventos, juicios interpersonales, autopercepción y autoconfianza.

La influencia de determinadas emociones y estado de ánimo en la activación y facilitación de la emergencia de sesgos, pensamientos, recuerdos y otros procesos cognitivos, conllevan un especial interés, por su influencia recíproca y multidireccional de la emoción y la cognición en relación con el bienestar de las personas, incidiendo asimismo en procesos de afrontamiento y regulación emocional. En este sentido, la emoción constituye un input o estímulo de entrada que activará una serie de procesos cognitivos, fisiológicos y conductuales acordes a las representaciones y significados del conjunto estimular-informacional, vinculados con el bienestar personal.

La cronificación de determinados estados emocionales y prevalencia de reacciones emocionales displacenteras, constituyen signos o indicadores de situaciones vitales críticas individuales, ya sea por las características personales de índole psicológicas, biológicas y sociales que afectan al bienestar, o porque se constituyen en factores de vulnerabilidad (Spielberger, et al., 2009; OMS, 2002).

En este sentido, a pesar de la existencia de diferencias entre afecto, emoción y estado de ánimo, en ocasiones resulta difícil establecer una clara distinción entre un estado de ánimo y una emoción, debido a que una causa frecuente de un determinado estado de ánimo es la persistencia de una emoción fuerte experimentada y que se mantiene posteriormente. Por ejemplo, si una persona acaba de experimentar una serie de pérdidas o fracasos, experimentará una emoción de tristeza. Por otra parte, esos sentimientos de tristeza pueden persistir como un estado de ánimo triste durante varios minutos o incluso horas, sobre todo si se revisa mentalmente en repetidas ocasiones los acontecimientos que produjeron esa tristeza. De hecho, los investigadores a menudo hacen referencia a este repaso mental de los eventos emocionales para inducir experimentalmente un estado de ánimo particular, recordando y repitiendo en su imaginación alguna ocasión en la que se sintió felicidad, tristeza, enfado o temor. Tales inducciones del estado de ánimo utilizan claramente cogniciones en forma de recuerdos o fantasías construidas para provocar emociones y estados de ánimo. Estas cogniciones pueden ser usadas para evocar una emoción, para mantenerlas o reducirlas (Bower & Forgas, 2000; Forgas, Johnson, & Ciarrochi, 1998).

La influencia del estado de ánimo sobre la memoria, ha sido uno de los aspectos cognitivos más estudiados en relación con las emociones. Se ha propuesto que el efecto de la congruencia del estado de ánimo depende de la similaridad entre éste y la valencia afectiva del material que se

aprende o recupera. Así, se observa una *facilitación en el aprendizaje* de determinados contenidos afectivos cuando se da una congruencia entre el estado de ánimo y la valencia emocional del material a recordar (Bower et al, 2000; Fernández-Abascal, et al., 1995).

Se ha propuesto, igualmente, la existencia de un aprendizaje diferencial en función del estado de ánimo. Así, el aprendizaje se ve facilitado por un estado de ánimo positivo, mientras que bajo el influjo de un estado de ánimo deprimido el aprendizaje se ve inhibido tanto por pérdida de motivación como por interferencia e incontrolabilidad percibida de pensamientos negativos que captan gran cantidad de recursos atencionales (Cano-Vindel, 1995 p. 56)

Más allá de las diferencias en las distintas propuestas teóricas sobre las relaciones entre emoción y cognición, la memoria parece ser un elemento clave. Si bien existen diferencias en los modelos, como, por ejemplo, Bower (1981) defiende una relación semántica, Lang (1979) sugiere proposiciones de respuesta especialmente fisiológica en dicha interacción entre emoción y cognición, mientras que Izard (1984) aboga por sistemas separados pero inter-relacionados para la emoción y la cognición a distintos niveles: neurofisiológico (a través del sistema límbico), expresivo-conductual (por medio del feedback facial) y experiencial (afecto y cognición).

Lo cierto es que la emoción y cognición son en sentido amplio interdependientes (Cano-Vindel, 1989). Los estados afectivos o emocionales influyen sobre los pensamientos, memorias y acciones, afectando tanto a los contenidos de la cognición, es decir lo que se piensa, así como también a los procesos de la cognición, es decir, cómo se piensa y viceversa (Forgas, 2000).

6.2.2. MODELOS DE VULNERABILIDAD EMOCIONAL

Desde el ámbito de la psicopatología y avanzando entre los desarrollos y antecedentes de la perspectiva transdiagnóstica referidos a los trastornos emocionales, se proponen como factores de vulnerabilidad general aspectos relativos al afecto, es decir, el predominio de emociones negativas como elementos de vulnerabilidad.

El modelo tripartito de Clark y Watson (1991) sobre el afecto, la ansiedad y la depresión, propone un modelo unificador de los trastornos emocionales en torno a un factor general de afectividad negativa como elemento no específico y común tanto para la depresión y la ansiedad. El bajo afecto positivo sería más característico de la depresión y el factor denominado hiperactivación fisiológica sería más específico de la ansiedad. Barlow (2002) partiendo de este modelo, propone como factor general de afectividad negativa un factor general de angustia (distress), redefiniendo el factor de hiperactivación autónoma como manifestación de aprensión ansiosa de emociones displacenteras en torno al miedo o pánico, mientras que el bajo afecto positivo lo vincula con la anhedonia y la desesperanza en torno a depresión.

Hankin y Abramson (2001) proponen un modelo integrador de vulnerabilidad cognitiva basado en la teoría transaccional de estrés para explicar la emergencia de diferencias de género en la adolescencia, incluyendo las distintas propuestas realizadas en este sentido, enfatizando el papel de los incrementos de afecto negativo inicial vinculado con la orientación interpersonal y necesidades de filiación en las chicas adolescentes, que contribuye a elevar emociones displacenteras como ansiedad, depresión, enfado. Estos incrementos en afecto negativo, si se mantienen, podrían incrementar los síntomas depresivos, tales como dificultades para dormir y dificultando la concentración que, en interacción con otras vulnerabilidades cognitivas, incrementarían el riesgo para desarrollar depresión. Un estado inicial general de afecto negativo, inmediatamente seguido de acontecimientos negativos es consistente con las propuestas cognitivas en cuanto a las dinámicas de atribuciones y emociones que permitirá poner en marcha estrategias de regulación emocional adaptativas o desadaptativas.

Barlow, Allen y Choate (2004) proponen la existencia de una triple vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos emocionales: la vulnerabilidad biológica general que consiste en una contribución genética no específica; el afecto negativo y la vulnerabilidad psicológica general. La vulnerabilidad psicológica general es complementaria a la biológica y podría desarrollarse a través de experiencias que llevan a la persona a generar un sentido de incontrolabilidad que consideran el núcleo del afecto negativo y sus estados derivados de ansiedad, cuya conjunción de ambas se ve potenciada por la influencia de experiencias de estrés psicosocial (Sandín, et al, 2012).

En cuanto a las interacciones entre emoción y procesos cognitivos vinculados a trastornos emocionales de corte transdiagnóstico, siguiendo a Sandín y colaboradores (2012) destacan *procesos atencionales* (p.ej., atención auto-focalizada (Barlow, et al, 2004); atención selectiva, evitación atencional (Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004); *memoria* (selectiva, recurrentes, sobre-generalizada (Mansell, Harvey, Watkins & Shafran, 2009), *razonamiento* (sesgos interpretativos; sesgos de expectativas y razonamiento emocional (Harvey, et al., 2004), *pensamientos* (pensamiento negativo repetitivo, creencias metacognitivas, supresión del pensamiento (Harvey, et al., 2004; Norton, 2008); *estrategias de regulación emocional disfuncionales* (supresión, evitación emocional y conductual, rumiación; Aldao, et al., 2010; Barlow, et al, 2004; Egan, et al., 2011) por citar los más relevantes.

6.3. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN FACTORES DE VULNERABILIDAD COGNITIVO-EMOCIONAL

Una posible explicación de las diferencias de género en el desarrollo de síntomas de ansiedad y depresión proviene de la influencia de la socialización diferencial respecto a las motivaciones y orientaciones de los hombres y mujeres, tal como sugiere Beck (1983). Este autor, señala que los esquemas autónomos suelen ser más habituales en hombres y los esquemas sociotrópicos en mujeres, considerando las posibles diferencias en la construcción de la identidad vinculadas a la socialización diferencial de hombres y mujeres y coincidente con la propuesta de Bem (1981) sobre la conformación de esquemas cognitivos de género.

Barnett y Gotlieb (1990) han estudiado las diferencias entre hombres y mujeres en torno a las creencias disfuncionales dentro del modelo de vulnerabilidad diátesis-estrés, en relación con el apoyo social y eventos estresantes.

En un primer momento analizaron los efectos de eventos estresantes y apoyo social sobre los cambios en síntomas depresivos en mujeres, y aunque el apoyo social suele considerarse como un amortiguador entre el estrés y el malestar emocional, existe evidencia de que el bajo apoyo social puede funcionar como un estresor depresógeno. Congruente con esto último, encontraron que fue la interacción entre actitudes disfuncionales y apoyo social lo que predice la severidad de futuros síntomas depresivos mientras que la interacción de actitudes disfuncionales con eventos negativos de la vida no, concluyendo que los resultados sugieren que en las mujeres con actitudes disfuncionales pueden ser más susceptibles para desarrollar síntomas depresivos cuando carecen de apoyo social. Es decir, en las mujeres, la interacción entre creencias disfuncionales y la percepción de bajo apoyo social (y no los eventos estresantes) fueron los que predecían de manera significativa la gravedad de los síntomas depresivos posteriores.

Asimismo, y relacionado con las posibles diferencias de género en vulnerabilidades cognitivo-emocionales existe la posibilidad de que diferentes clases de estresores interactúen de manera diferente con las vulnerabilidades cognitivas de hombres y mujeres, propiciando malestar emocional en un sexo, pero no necesariamente en el otro, que es coherente con la formulación de estresores congruentes con esquemas sociotrópicos o autónomos. (Beck, 1983; Toro, et al., 2013). También factores hormonales pueden incrementar la percepción de estrés en interacción con altos niveles de estrés ambiental (p.e. Kendler, et al., 1997)

Whiffen y Gotlib (1989) utilizando como medida auto-informada de creencias disfuncionales la escala creada por Weissman y Beck (DAS; 1978), analizaron los dos factores propuestos como aglutinadores de distintas sub-escalas de la misma (“evaluación de desempeño” y “aprobación de los demás”) que podrían relacionarse con esos dos estilos de personalidad autónomos y

sociotrópicos o socialmente dependientes y por ende se esperaría encontrar diferencias entre sexos. Sin embargo, los resultados sugieren la necesidad de investigar mejor estos dos factores y recomiendan utilizar la escala como medida unitaria de la vulnerabilidad general en respuesta a experiencias interpersonales negativas, en base a que el factor evaluación de desempeño fue la que interactuó con el apoyo social para predecir el cambio de síntomas depresivos en mujeres, en lugar de la aprobación de otros, puesto que la evaluación del desempeño podría relacionarse con la obtención o el mantenimiento de la aprobación de otras personas.

Por otra parte, estos autores encontraron que las mujeres con altas puntuaciones en actitudes disfuncionales eran particularmente sensibles a la falta de apoyo social. Los autores sugieren que la percepción de bajo apoyo social puede amenazar las contingencias de autoestima de las mujeres con actitudes disfuncionales dando lugar a una respuesta depresiva y que se requiere más investigación para explorar los aspectos específicos del apoyo que son altamente valorados y amenazantes cuando están ausentes. En este sentido, las normas de género femeninas, enfatizan elementos de cuidado, sociabilidad, amabilidad que podrían traducirse en creencias disfuncionales vinculadas con la percepción de las interacciones sociales y sus ventajas; la necesidad de amor y sus variaciones para ser felices, interpretar la falta de apoyo esperado como sinónimo de haber cometido un error, entre otras.

Asimismo, las creencias disfuncionales moderaron las relaciones entre el estrés con síntomas depresivos sólo en mujeres. Una posible explicación que proponen Barnett y Gotlib (1990) relaciona diferencias ante la activación de actitudes disfuncionales y síntomas iniciales de malestar en hombres y mujeres. Los hombres tienden a distraerse de esos pensamientos y síntomas, mientras que las mujeres tienden a focalizarse en los síntomas, las causas y sus consecuencias, incrementado el malestar emocional (Nolen-Hoeksema, 1987; 1991). También sugieren que otra explicación alternativa es que el bajo apoyo social no amenaza la autoestima de los hombres con altas actitudes disfuncionales, ya que el papel del apoyo social es diferente en hombres y mujeres, ya que en los primeros el apoyo social parece amortiguar el impacto de los eventos negativos y el bajo apoyo social entre las mujeres podría ser un estresor depresógeno, resultando importante esclarecer el papel de las normas de género masculinas y femeninas (Barnett, et al., 1990).

Zlotnick, Shea, Pilkonis, Elkin, y Ryan (1996) investigan las diferencias de género, actitudes disfuncionales, apoyo social, eventos de la vida, tipo de tratamiento y síntomas depresivos en una muestra clínica de pacientes de ambos sexos con diagnóstico de depresión mayor, teniendo especialmente en cuenta si dos patrones cognitivos específicos relacionados con la dependencia o el miedo a la pérdida interpersonal en contraposición con cogniciones orientadas al logro, cualidades estereotípicamente asociadas a la feminidad y masculinidad respectivamente, tienen

un impacto diferencial en los niveles de depresión. En base a estudios previos, esperaban que elevadas actitudes disfuncionales de orientación hacia el logro, se asociarían con niveles más altos de depresión en hombres, mientras que elevadas actitudes disfuncionales en orientación interpersonal estarían asociadas con niveles más elevados de depresión en mujeres. Los resultados obtenidos no fueron consistentes con esa hipótesis, ya que no se relacionaron con el nivel de síntomas depresivos en hombres y mujeres. En ese estudio, las actitudes disfuncionales, incluidas las dimensiones específicas de necesidad de aprobación y perfeccionismo, resultantes del análisis factorial realizado por los autores, no fueron consistentemente relacionadas con nivel de síntomas depresivos en hombres y mujeres. Sin embargo, los autores reconocen que una importante limitación de su investigación es que los resultados obtenidos se basan en hombres y mujeres que estaban en tratamiento por depresión y en este sentido, los resultados respecto a las diferencias de género no se puedan generalizar a población general, puesto que, argumentan los autores, los hombres con depresión que buscan tratamiento para sus síntomas tal vez son los que poseen cualidades más femeninas tales como una mayores necesidades relacionales o dependencia y por tanto disminuir las diferencias de género.

Las vulnerabilidades cognitivas asociadas a las actitudes disfuncionales, el estilo inferencial negativo y la rumiación han sido conceptualizadas a un nivel general, según Hankins y colaboradores (2001), si bien consideran que es necesario tener en cuenta aspectos concretos y contextuales en las interacciones de las mismas para mejorar las predicciones desde una perspectiva del desarrollo.

De acuerdo con las teorías de Beck (1987) y Abramson y colaboradores (1989) se han formulado hipótesis de vulnerabilidad específicas tales como que la depresión es más probable cuando ocurren eventos negativos congruentes con los dominios de la vulnerabilidad interpersonal o logro y que cuando se han estudiado explícitamente en población adulta los resultados en general le han dado apoyo.

Desde dichas formulaciones, se argumenta que, a lo largo de la vida, las personas cambian sus motivaciones y se confrontan con distintas tareas o desafíos y que, en este sentido, las vulnerabilidades cognitivas se vuelven relevantes en función de las etapas de la vida. Así, en la adolescencia, la importancia de ser percibidas atractivas físicamente y la satisfacción con el cuerpo se vuelven motivaciones muy significativas. Tras revisar estudios sobre las diferencias de género en eventos negativos, Hankins y colaboradores (2001) concluyen que las chicas adolescentes informan de más eventos negativos, especialmente en aspectos interpersonales y eventos estresantes especialmente con la familia y grupos de iguales. Asimismo, codifican con mayor detalle los eventos negativos en redes asociativas cognitivas conectadas con nodos

afectivos, que revelan diferencias entre sexos en memoria autobiográfica, donde las mujeres niñas y adultas, son quienes recuerdan más y más rápidamente memorias emocionales de la infancia.

Hankins y colaboradores (2001) sugieren *“que las mayores vulnerabilidades cognitivas de las mujeres tal vez deriven en parte de la socialización de género por parte de los progenitores y en parte, por la codificación de eventos negativos con más detalles emocionales en las mujeres”* (p. 786).

Nolen-Hoeksema y Girgus (1994) consideran que en la emergencia de síntomas depresivos en las adolescentes intervienen distintos factores etiológicos, tales como la dependencia en las relaciones y estilo de respuestas rumiativas; la insatisfacción con el cuerpo, y factores asociados a los cambios sociales. Cyranowski, Frank, Young y Shear (2000) prestan particular atención a los aspectos interpersonales de vulnerabilidad-estrés de las mujeres adolescentes relacionados con la necesidad de filiación y la importancia de la orientación interpersonal, que en esa etapa de la vida se constituye en un riesgo para experimentar eventos interpersonales negativos, que contribuirán a elevar los niveles iniciales de afecto negativo, entre los que incluyen varias emociones displacenteras o negativas como ansiedad, depresión, enfado. Estos incrementos en afecto negativo si se mantienen, podrían incrementar los síntomas depresivos, tales como dificultades para dormir y dificultando la concentración, que en interacción con otras vulnerabilidades cognitivas, incrementarían el riesgo para desarrollar depresión. Un estado inicial general de afecto negativo, inmediatamente seguido de acontecimientos negativos es consistente con las propuestas cognitivas en cuanto a las dinámicas de atribuciones y emociones que permitirá poner en marcha estrategias de regulación emocional adaptativas o desadaptativas (Hankins & Abramson, 2001; Hyde, et al., 2008)

Calvete (2005) al explorar las relaciones entre el género y la vulnerabilidad cognitiva a la depresión, sugiere que determinados estilos cognitivos asociados a la depresión son más predominantes en mujeres y se relacionan con la necesidad de ser aceptadas por los demás, mayor grado de preocupación sobre la forma en que son evaluadas o percibidas por los demás y que esto es coherente con las propuestas en torno a la mayor necesidad de afiliación, lo que incrementaría el riesgo ante acontecimientos negativos interpersonales, mayor dependencia de los demás en términos de autoestima y mayor preocupación por el abandono y el rechazo por parte de otras personas. Lo que es consistente con los hallazgos en torno a la mayor importancia que tiene el apoyo social y la armonía interpersonal para las mujeres.

Asimismo, se han identificado diferencias entre mujeres y hombres en determinadas variables cognitivas asociadas a la preocupación: intolerancia a la incertidumbre, orientación negativa al problema o afrontamiento centrado en la emoción, creencias positivas acerca de la preocupación y evitación cognitiva. Robichaud, Dugas y Conway (2003) encuentran una asociación

significativa entre el afrontamiento centrado en la emoción, la evitación cognitiva, una orientación negativa hacia los problemas y la mayor tendencia a la preocupación en mujeres. También informan mayor número de preocupaciones, especialmente en torno a problemas de confianza y salud (Fresco, Frankel, Mennin, Turk, & Heimberg, 2002).

Las fuentes de preocupación y rumiación más frecuente en mujeres se articulan en torno a eventos negativos en tres dominios: logro, interpersonal e imagen corporal y atractivo, si bien las diferencias de género más grandes y significativas se encuentran en las últimas dos dimensiones, destacando la importancia que tanto los aspectos interpersonales como los referidos a la imagen corporal generan potenciales fuentes de vulnerabilidad para la aparición de síntomas de ansiedad y depresión y otros trastornos emocionales entre las mujeres (Mezulis, Abramson & Hyde, 2002; Hyde, et al., 2008).

La importancia que reviste la preocupación por la apariencia y la imagen corporal, ha llevado a Hyde y colaboradores (2008) a considerarla como una vulnerabilidad cognitiva que sería interesante incluir dentro de las creencias negativas sobre una misma dentro de los modelos cognitivos de vulnerabilidad estrés para la depresión y otros desordenes emocionales, especialmente relevantes en la pubertad. Los procesos implicados en la generación de creencias negativas sobre el cuerpo que se han propuesto son la auto-vigilancia, proceso por el cual las personas se convierten en observadoras y críticas sobre su propio cuerpo y aspecto y la vergüenza sobre el cuerpo, componente afectivo en el que las personas sienten vergüenza cuando sus cuerpos no se ajustan a los ideales culturales (Fredrickson & Roberts, 1997 citados por Hyde, et al., 2008), aspecto potenciado por los estereotipos de género femeninos que constituyen una potencial fuente de vulnerabilidad a través de interacciones cognitivas de diátesis-estrés.

En el siguiente capítulo se profundizará en una de las estrategias más frecuentemente mencionada como generadora de vulnerabilidad para el desarrollo trastornos emocionales en mujeres, la rumiación.

Capítulo 7 Rumiación

CAPÍTULO 7. RUMIACIÓN

Este capítulo profundiza sobre distintos elementos relativos a la rumiación tanto como vulnerabilidad cognitiva como desde el punto de vista transdiagnóstico. Se repasan las principales definiciones, elementos diferenciadores y similitudes respecto a otros pensamientos repetitivos negativos y su influencia en la experiencia emocional. Finalmente, en el último apartado, se describen las principales diferencias sexo/género, considerando los factores asociados a la normas y roles de género femeninos en relación con la rumiación y los resultados empíricos revisados.

7.1. LA RUMIACIÓN COMO VULNERABILIDAD COGNITIVA

La rumiación es uno de los procesos cognitivos que mayor interés teórico y empírico ha recibido en las últimas tres décadas por su implicación en el desarrollo, mantenimiento y recurrencia en la depresión y otros trastornos emocionales, siendo considerada actualmente como uno de los principales factores de vulnerabilidad cognitiva para el desarrollo de la depresión (McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2011; Papageorgiou & Wells, 2004; Seasoné & Seasoné, 2012; Watkins, 2009), y un factor transdiagnóstico en psicopatología (Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011) debido a asociaciones positivas entre medidas de rumiación y síntomas de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, abuso de sustancias y abuso de alcohol entre otros (Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010).

Nolen-Hoeksema ha sido una de las principales investigadoras que más ha impulsado la investigación en torno a este proceso cognitivo y propuso que uno de los factores psicológicos que podría dar cuenta de las diferencias de género en depresión era la mayor tendencia a la rumiación en las mujeres (Nolen-Hoeksema, 1990). A partir de entonces, se han desarrollado numerosos trabajos de investigación en torno a los efectos de la rumiación en la experiencia emocional, consolidándose como uno de los factores de vulnerabilidad psicológica con importantes repercusiones en el ajuste y bienestar psicológico.

Uno de los principales meta-análisis realizados en torno a las relaciones entre la atención auto-focalizada y el afecto negativo considerando síntomas depresivos, ansiosos y estado de ánimo negativo (Mor & Winquist, 2000), muestran una moderada asociación entre ambos, si bien se confirma una fuerte relación entre rumiación y afecto negativo, sugiriéndose relaciones causales recíprocas.

En este sentido, la rumiación es considerada una estrategia cognitiva que interactúa con aspectos diversos del procesamiento de la información emocional ante estados de ánimo y eventos vitales negativos, con consecuencias fundamentalmente perjudiciales para el ajuste psicológico y recuperación ante la adversidad (Doron, Thomas-Ollivier, Vachon, & Fortes-Bourbousson,

2013). De este modo, la rumiación se sitúa en el centro de muchos procesos básicos de la cognición (atención, valoración, afrontamiento) en relación con las emociones displacenteras (p. e., ansiedad, tristeza y enfado) con efectos en distintos aspectos de regulación emocional y por ende de crítica importancia para la salud mental y el bienestar psicológico (Garnefski & Kraaij, 2006, 2006; Miller, Brody, & Summerton, 1988).

Entre los factores que incrementan las respuestas rumiativas con afectación del estado de ánimo, destacan experimentar altos niveles de estrés, mayor número de eventos estresantes y tensión crónica, bajo apoyo social y bajo control de los propios acontecimientos (Nolen-Hoeksema, et al., 1994; Nolen-Hoeksema & Jackson, 2001). También la rumiación muestra relaciones positivas y recíprocas con pesimismo hacia el futuro, fatalismo en el presente y pensamientos negativos sobre el pasado.

7.1.1. DEFINICIÓN

La rumiación se definió inicialmente como pensamiento persistente y recurrente en respuesta a estados de ánimo deprimido (Rippere, 1977); sin embargo, a medida que se ha avanzado en su estudio y desde perspectivas psicológicas diferentes, ha sido redefinida atendiendo los distintos aspectos implicados en este proceso cognitivo, principalmente a partir de las aportaciones realizadas por Nolen-Hoeksema y sus colegas (1991; 1994; 2008).

La teoría de estilos de respuesta (RST; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991) define los pensamientos rumiativos como pensamientos repetitivos y pasivos auto-focalizados sobre los propios síntomas de depresión y las posibles causas, significados y consecuencias de los mismos y constituyen un modo de responder al malestar que no guía hacia la solución activa de problemas. Ejemplos de pensamientos rumiativos son aquellos auto-focalizados (“¿por qué reacciono yo de esta manera?”), centrados en los síntomas (“¿por qué no puedo concentrarme?”, “¿por qué estoy tan cansada?”, “¿por qué no me siento bien con nada?”), focalizados en las posibles causas (“¿por qué yo me deprimó mientras otros no lo hacen?”) y consecuencias del estado de ánimo (“si no consigo sentirme mejor, no podré terminar el trabajo”), que incrementan el malestar y propician una reflexión pasiva y recurrente que bloquean la puesta en marcha de soluciones (Nolen-Hoeksema, 1991).

La existencia de similitudes e interacción con otros conceptos y procesos implicados en múltiples aspectos de las actividades cognitivas y emocionales, ha propiciado una importante proliferación de investigaciones empíricas, nuevas definiciones e identificación de diferentes facetas de la rumiación.

Algunas definiciones que se han propuesto para investigar aspectos más específicos sobre rumiación abarcan desde la rumiación sobre sentimientos concurrentes de tristeza o “*rumiación sobre la tristeza*” (Conway, Csank, Holm, & Blake, 2000), rumiación sobre las consecuencias negativas posteriores a acontecimientos desagradables o negativos de la vida “*rumiación reactiva al estrés*” (Alloy, Abramson, Hogan, Whitehouse, Rose, Robinson, ...et al., & Lapkin, 2000), *rumiación post eventos interpersonales en la fobia social* (Clarks & Wells, 1994), hasta la *rumiación como estrategia de regulación emocional* (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001) y *procesos de autocontrol en el progreso de metas* (Martin, Tesser, & McIntosh, 1993); funciones de la rumiación en la *autorregulación* ejecutiva en distintos trastornos emocionales (S-REF, Wells & Matthews, 1995) o la rumiación como forma desadaptativa de auto-focalización (Watkins, 2004). (Para una revisión véase Smith & Alloy, 2009; Meyer, Taborda da Costa, Soares, Mecler, Valença, 2015)

La teoría de estilos de respuesta entiende la rumiación como un estilo de respuesta consistente en pensamientos auto-focalizados y pasivos ante estados de ánimo negativos o disfóricos y por tanto una característica estable o rasgo (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991). Sin embargo, algunas de las definiciones consideran que la rumiación es un estado o respuesta ante estados emocionales determinados, como es el caso de la rumiación sobre la tristeza, ante el estrés, o posteriores a eventos interpersonales.

A pesar de las diferencias aludidas en conceptualización (Smith, et al., 2009) y la fenomenología de la rumiación cognitiva (Meyer, et al., 2015) existe consenso en que la rumiación consiste en proceso de focalización repetitiva y pasiva sobre los síntomas de malestar y sus posibles causas y consecuencias de estos síntomas y sobre los efectos. Si bien la atención auto-focalizada no necesariamente promueve depresión en personas disfóricas, debido a que estas últimas no centrarían el foco de atención en afectos negativos ni en atributos personales negativos (Smith, et al, 2009).

Cabe destacar que el modelo propuesto dentro de la teoría de progreso hacia objetivos o metas es el único que ofrece una forma de ver la rumiación no como una reacción a un estado de ánimo per se, sino como respuesta a la falta de progreso satisfactorio hacia una meta (Martin, Tesser, & McIntosh, 1993). Aunque la teoría propone que la rumiación y la depresión están impulsadas ambas por la experiencia de fracaso, los estudios han demostrado la presencia estable de la rumiación en ausencia de fracaso actual real o percibida.

Otra propuesta destacada es la teoría de la Función Ejecutiva de Autorregulación (S-REF) que ofrece una visión más amplia, integrada en un contexto más amplio de los trastornos emocionales, que incluye la atención, regulación de la cognición, las creencias acerca de las estrategias de regulación emocional y las interacciones entre los diversos niveles de procesamiento cognitivo

(Wells & Matthews, 1994; 1996). Este modelo integra creencias meta-cognitivas sobre la rumiación, que contribuiría a desarrollar un estilo de respuesta estable. Por otra parte, la rumiación es considerada un subconjunto dentro de la preocupación.

Aunque originalmente fue considerado un constructo unitario, posteriores investigaciones han permitido identificar distintos aspectos de la rumiación, que han contribuido a enfatizar su carácter multidimensional de la rumiación y por tanto distinguiendo entre distintos componentes en relación a sus efectos desadaptativos.

Desde la perspectiva de la atención auto-focalizada, se distinguen dos componentes denominados auto-atención reflexiva o reflexión (intentos cognitivos de resolución de problemas y por tanto con menos efectos perjudiciales) y la auto-atención rumiativa (de carácter pasivo), que según Trapnell y Campbel (1999), el componente desadaptativo de la auto-atención.

De manera similar, la teoría de la rumiación como estilo de respuesta (RST, Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991), distingue dos subtipos o componentes en el estilo de respuesta rumiativa: la reflexión (rumiación reflexiva) que se define como un intento cognitivo de resolución de problemas con el fin de reestablecer el estado de ánimo, y la cavilación o reproches (rumiación depresiva) que implica pensamientos auto-focalizados, recurrentes y pasivos ante estados de ánimo negativos, que conllevan valoraciones y juicios sobre los mismos y que constituye la forma más desadaptativa de la rumiación, asociada a efectos negativos en el desarrollo de depresión y otros trastornos emocionales (Joormann, Dkane, & Gotlib, 2006; Miranda & Nolen-Hoeksema, 2007; Treynor, González, & Nolen-Hoeksema, 2003; Watkins, 2009; Whitmer & Gotlib, 2011).

En ambos casos, la auto-atención reflexiva (Trapnell, et al., 1999) y la rumiación cavilativa o reproches (p.e., Treynor et al., 2003) se relacionan con efectos más perjudiciales ya que se asocian a sesgos en el procesamiento cognitivo, tales como la interpretación sesgada de situaciones ambiguas y sesgos de memoria y por tanto interfieren en el procesamiento emocional, con efectos perjudiciales o desadaptativos que contribuyen al mantenimiento e incremento del malestar. Así, la cavilación está asociada a una atención preferente a información negativa y auto-referente con dificultad para ignorar, inhibir u olvidar esta información, a la vez que aumenta los déficits en la memoria específica de la memoria autobiográfica.

7.1.2. INFLUENCIA DE LA RUMIACIÓN EN LA EXPERIENCIA EMOCIONAL

Existe consenso entre los teóricos, que la rumiación exagera y prolonga el malestar fundamentalmente a través de procesos atencionales, sesgos de memoria, atribuciones, razonamiento y pensamientos implicados en modelos explicativos de la depresión (Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978; Bower, 1981; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Beck, 1987), la ansiedad (Beck & Clark, 2010) y el estrés (Lazarus & Folkman, 1984).

Los mecanismos propuestos para explicar los efectos depresógenos de la rumiación (Nolen-Hoeksema, 1987; 1991) son fundamentalmente tres: (1) interfiere con la puesta en marcha de conductas instrumentales y solución efectiva de problemas, (2) incrementa la accesibilidad de memorias negativas congruentes con el estado de ánimo deprimido (3) favorece explicaciones pesimistas y fatalistas sobre el estado de ánimo y las causas y consecuencias del mismo. La interacción de estos mecanismos, facilitan la creación de círculos viciosos que incrementan el estado de ánimo depresivo y dificultan un adecuado manejo emocional y afrontamiento efectivo (Lyubomirsky, Caldwell, & Nolen-Hoeksema, 1998).

En este sentido, la rumiación interfiere con recursos atencionales, dificultando la concentración y la puesta en marcha de conductas instrumentales, aumentando las posibilidades de error, así como de los fallos en la solución efectiva de problemas, lo que a su vez contribuye a sentimientos de impotencia e incapacidad para controlar el propio medio y circunstancias de la propia vida, que conduce a una menor percepción de control, baja autoestima y baja autopercepción de eficacia y desesperanza (Abramson, et al., 1978).

Por otra parte, favorece sesgos de memoria, incrementando la activación de memorias congruentes con el estado de ánimo deprimido (Bower, 1981) lo que potencia la emergencia de pensamientos negativos (Beck et al., 1979) favoreciendo inferencias y atribuciones causales disfuncionales que conducen a explicaciones pesimistas y fatalistas sobre el propio estado de ánimo y eventos estresantes, lo que a su vez favorece la interpretación de mayor número de eventos como estresantes (Cielsa, Felton & Robert, 2011).

Otra consecuencia negativa del estilo de respuesta rumiativa es el deterioro y desgaste del apoyo social. Esto en parte es debido a la observación externa de aparente pasividad ante la puesta en marcha de soluciones para modificar las circunstancias asociadas a los síntomas de malestar. Y, por otra parte, por su recurrencia, lo que contribuye a que los síntomas iniciales de depresión se exacerben y se trasformen en episodios de depresión mayor, por lo que puede prolongar la duración de los mismos (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995).

La rumiación, en tanto que proceso de pensamiento auto-focalizado correlaciona con una variedad de estilos cognitivos desadaptativos (inferencias o estilos atribucionales disfuncionales, pesimismo, autocríticas, bajo control, dependencia, sociotropía, necesidad y neuroticismo), lo que podría llevar a cuestionar su validez como factor independiente en su influencia en depresión, debido a la superposición con otros procesos. Sin embargo, se ha demostrado que la rumiación mantiene una relación única con la depresión, lo que ha llevado a considerarla una variable mediadora parcial o total de estos otros estilos cognitivos negativos, especialmente por el componente cavilativo de la rumiación (Lo, Ho & Hollon, 2008; Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubornisky, 2008)

Se ha propuesto que la rumiación ejerce ese efecto perjudicial al favorecer que los contenidos negativos sean más accesibles (Nolen-Hoeksema, et al., 2008). Es por eso que las personas rumiadoras, en particular en las que predomina el componente cavilativo (brooding) muestran una variedad de sesgos cognitivos que mantienen y exacerban estados emocionales negativos, que se asocia con una atención preferencial a la información negativa y auto-relevante, una dificultad para ignorar, inhibir y olvidar información (Bernblum & Mor, 2010, Daches, Mor, Winquist, Gilboa-Shechtman, 2010; Joormann, Dkane & Gotlib, 2006).

Las creencias sobre las emociones desagradables, así como la intolerancia al malestar y la incertidumbre contribuyen a la puesta en marcha de conductas de evitación, que, si bien pueden resultar de alivio momentáneo, a largo plazo se convierten en sí mismas en emociones desagradables e incómodas, generando miedo y ansiedad, que contribuyen paradójicamente a incrementar justamente lo que se quería evitar.

Asimismo, desde el punto de vista de la regulación emocional, la evitación emocional alude a cualquier estrategia que se utilice para evitar sentir emociones intensas, especialmente aquellas que resultan perturbadoras, incómodas o desagradables y que la persona puede percibir como amenazantes y peligrosas. Pero también, aunque en menor frecuencia, cuando el temor a perder el control sobre las reacciones emocionales, contribuye a la evitación de experiencias emocionales placenteras o “agradables”.

Existen evitaciones emocionales evidentes y juegan un papel destacado en muchos trastornos psicológicos como fobias, trastornos de ansiedad, trastornos depresivos como, por ejemplo, no acudir a un evento social por temor a sentirse mal. Sin embargo, otras son más sutiles y generan dificultades tanto para identificarlas como para manejarlas como es el caso de las evitaciones cognitivas, en principio por una cuestión clave y es que la gestión emocional requiere flexibilidad y la capacidad para identificar a qué responde y la pertinencia de la misma (Aldao, 2013; Dozois, Seed, & Collins, 2009; Gross, 2008).

Entre las principales formas de evitación cognitiva relacionada con desordenes emocionales muy frecuentes (por ejemplo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, ansiedad social, trastorno de pánico, entre otros) destacan la rumiación y la preocupación excesiva (Barlow et al, 2011).

La rumiación media también en los efectos de género, apoyo social, pensamientos negativos y neuroticismo en depresión, especialmente a través del componente cavilativo y podría considerarse un mecanismo común proximal relacionado con factores de riesgo para depresión (Lo et al., 2008).

Entre los factores psicosociales asociados a la cavilación rumiativa encuentran que se asocia positivamente con un estilo interpersonal sumiso caracterizado por un comportamiento excesivamente servicial, no asertivo y auto-sacrificio y también con sensibilidad al rechazo (Pearson, Watkins, Mullan, & Moberly, 2010). Estos hallazgos son consistentes con la hipótesis que la rumiación depresiva o cavilativa está asociada con un subconjunto específico de dificultades interpersonales y no con dificultades interpersonales en general. Por otra parte, la asociación entre rumiación y un estilo interpersonal sumiso es consistente con la investigación que ha conceptualizado la rumiación cavilativa o depresiva como una forma desadaptativa de evitación (Nolen-Hoeksema, et al., 2008; Moulds, Kandris, Starr, & Wong, 2007; Watkins, et al., 2007).

Sin bien el exceso de atención a sentimientos de malestar asociados a la rumiación tiene efectos perjudiciales para la adaptación y ajuste psicológico, la información que aportan las emociones negativas o displacenteras pueden ser importantes para la adaptación, ya que permitirían identificar si algún objetivo no se está cumpliendo y poner así en marcha medidas para dar solución a esta discrepancia (Carver & Scheier, 1998).

En este sentido, algunas preguntas que han guiado el estudio de los diferentes aspectos de la rumiación han girado en torno a por qué algunas personas continúan rumiando a pesar del incremento del malestar, es decir, los beneficios percibidos de la rumiación. Las creencias sobre los beneficios de la rumiación, parecen estar influidos por creencias meta-cognitivas positivas sobre la utilidad de la rumiación, tales como que la rumiación ayuda a resolver problemas o a dar sentido a eventos pasados (Watkins & Baracaia 2001).

Un posible precursor de la rumiación depresiva, según Salguero y colaboradores (2013), es el rasgo meta-emocional (Salovey et al., 1995) que hace referencia a las creencias que la gente tiene sobre sus propios estados de ánimo y las habilidades emocionales, y que equivale a la inteligencia emocional autopercebida.

La inteligencia emocional autopercibida está compuesta por tres dimensiones (atención, claridad y reparación emocional) y han mostrado correlaciones con distintas medidas de ajuste psicológico y predice conductas de afrontamiento (Fernández-Berrocal & Extremera, 2008). Estos autores, sugieren que las personas con dificultades para participar en procesos de auto-regulación emocional podrían recurrir a la rumiación como una estrategia de afrontamiento cognitivo.

De acuerdo con las teorías psicológicas de la depresión y la ansiedad (Beck, 1967; Beck & Clark, 2010), los sesgos interpretativos, es decir, interpretaciones y pensamientos congruentes con creencias disfuncionales, refuerzan estas creencias y favorecen estos sesgos de memoria congruentes con los estados de ánimo (Hertel, et al., 2008). En este sentido, algunas investigaciones sugieren que para que estos sesgos interpretativos emerjan, es necesario que se produzca un procesamiento auto-referencial (Hindash & Amir, 2012; Wisco & Nolen-Hoeksema, 2010), siendo los pensamientos rumiativos y la tendencia a dotar de significado negativo a los estímulos ambiguos, constituyendo así un nexo entre los síntomas ansioso-depresivos. Así, la interpretación negativa ante acontecimientos ambiguos parece exacerbar la tendencia a la rumiación y así contribuir a esa espiral entre rumiación y estados de ánimo negativos o displacenteros. A la vez, estos sesgos interpretativos negativos están asociados a la preocupación, aspecto central en trastornos de ansiedad (Borkovec, Ray, & Stober, 1998; Freeston, Rheaume, Letarte, Dugas, & Ladouceur, 1994; Wells, 1995, 1997) y que constituye un estilo cognitivo negativo, repetitivo similar a la rumiación, pero orientado hacia el futuro.

Un estilo cognitivo negativo puede ser definido como una tendencia general a realizar atribuciones negativas e inferencias sobre las causas, consecuencias e implicaciones de eventos estresantes (Abramson, et al., 1989), concretamente considerando que las causas de esos eventos negativos son estables y globales, que tendrán consecuencias desastrosas y la persona a verse a sí misma como defectuosa y deficiente tras la ocurrencia de eventos negativos. La rumiación es una de las variables estrechamente relacionada con un estilo cognitivo negativo como reacción al estrés (Robinson & Alloy, 2003).

La meta-cognición hace referencia a las creencias personales y la valoración de los propios pensamientos y las estrategias adoptadas para regular las propias emociones y puede ser definida como un conocimiento estable o creencias sobre nuestro propio sistema cognitivo y sobre los factores que afectan el funcionamiento del mismo; la regulación y conciencia simultáneos de estados de cognición y la evaluación de la importancia del pensamiento y los recuerdos (Spada, Nikcevic, Moneta, & Wells, 2008).

El modelo de la función ejecutiva de la autorregulación (S-REF; Matthews & Wells, 1996; 2004), propone cómo múltiples factores meta-cognitivos están involucrados en la persistencia de desórdenes psicológicos. Según esta teoría, el conocimiento meta-cognitivo o meta-cognición,

predispone a los individuos a desarrollar patrones de respuesta ante pensamientos o eventos internos que se caracterizan por la elevación de la atención auto-focalizada, pensamientos recurrentes, evitación, supresión de pensamientos y monitorización de amenazas (Spada, et al., 2008). Los pensamientos rumiativos desde esta teoría son una respuesta a auto-discrepancias personales, dato que emerge de una observación clínica muy frecuente en personas que padecen depresión, como es la alta presencia de creencias meta-cognitivas positivas sobre la rumiación, tales como que rumiar ayuda a prevenir futuros errores o fallos, así como percibir que la rumiación ayuda a encontrar respuestas a los problemas (Papageorgiou & Wells, 2001; Watkins, et al., 2001). También encuentran que las creencias negativas sobre el daño e incontrolabilidad de la rumiación, incrementarían la preocupación sobre la rumiación, exacerbando aún más la rumiación en un círculo vicioso (Matthews & Wells, 2004).

Como veremos a continuación, existen muchos procesos cognitivos vinculados entre sí, que comparten similitudes e interactúan entre sí, formando parte de constructo más genérico denominado pensamiento repetitivo, pero que se diferencian en algunos aspectos que se detallan a continuación.

7.1.3. PENSAMIENTOS REPETITIVOS: SIMILITUDES Y DIFERENCIAS

Los pensamientos repetitivos son una propiedad común a todos los conceptos y procesos (p.e., rumiación, preocupación, pensamientos obsesivos, pensamientos automáticos negativos), definido como un proceso de pensamiento atento, repetitivo y frecuente acerca de uno/a mismo/a y el mundo, propuesto inicialmente como constructo nuclear de distintos modelos de ajuste y desajuste psicológico (Segerstrom, Stanton, Alden, & Shortridge, 2003), que hacen referencia a estos procesos de pensamiento y que, a pesar de las diferentes medidas utilizadas, parecen estar involucradas en el inicio y mantenimiento tanto de trastornos depresivos como de ansiedad.

Los efectos desadaptativos de los pensamientos repetitivos se relacionan principalmente con: el contenido de esos pensamientos (valencia negativa); el contexto intrapersonal negativo (creencias negativas sobre sí mismo); con la situación en el que se producen (estado de ánimo depresivo o eventos estresantes) y con el nivel de abstracción de los pensamientos repetitivos (pensamientos sobre los significados y las implicaciones) de los mismos (Watkins, 2008) y con la percepción de incontrolabilidad e intrusividad de los mismos (Mahoney, McEvoy, & Moulds, 2012).

Los pensamientos repetitivos sobre eventos perturbadores o estresantes, formarían parte del procesamiento cognitivo con el objetivo de intentar resolver la discrepancia entre eventos estresantes, convicciones y supuestos personales, con el objetivo de dar sentido, integrar en las

propias creencias y supuestos sobre el mundo (Greenberg, 1995; Horowitz, 1986; McCann, Sakheim, & Abrahamson, 1988;). Asimismo, pueden ser considerados como una forma de estrategia de afrontamiento cognitivo, tales como la anticipación de afrontamiento, planificación ensayo y resolución de problemas (Watkins, 2008)

A pesar de estas similitudes, existen diferencias entre distintos procesos repetitivos, y que permiten distinguir la rumiación como proceso cognitivo diferencial.

La rumiación y la preocupación, si bien son procesos estrechamente relacionados (Fresco, Frankel, Mennin, Turk, & Heimberg, 2002) y que comparten una serie de características y consecuencias, se diferencian en una serie de aspectos. Así, la preocupación consiste en una cadena de pensamientos e imágenes con alto afecto negativo y percibidas como relativamente incontrolables, de carácter anticipatorio de consecuencias negativas y como un intento cognitivo de solución de problemas sobre un tema cuyo resultado es incierto pero que contiene la posibilidad de uno o más resultados negativos (Borkovec, Robinson, Pruzinsky, & Depree, 1983).

La preocupación, es considerada una forma de evitar acontecimientos negativos, o prepararse para lo peor ante un problema a resolver, y se relaciona con respuestas desadaptativas que incrementan el afecto negativo, mayor interferencia con funciones cognitivas y disrupciones en procesos fisiológicos (Borkovec, Ray & Stober, 1998). Sin embargo, también se asocia con funciones adaptativas cuando es objetiva, controlable y breve, facilitando dar prioridad a procesos atencionales sobre un tema que exige prioridad inmediata, interrumpiendo el curso del comportamiento; permitir la conciencia de potenciales amenazas aún por resolver y preparación, motivación para hacer frente a dificultades y adoptar comportamientos adaptativos que contribuyan a reducir la amenaza potencial (Tallis & Eysenck, 1994).

La preocupación es una manifestación subjetivo-cognitiva asociada a la percepción de una potencial amenaza para el bienestar y, por tanto, es característica de las respuestas emocionales de ansiedad. Tiene una función adaptativa ya que permite organizar una serie de procesos cognitivos que abarcan desde la atención y el razonamiento hasta la percepción. Es decir, contribuye a orientar la atención, priorizar la situación que nos ocupe, interrumpir el curso de acción, aguzar los sentidos, incrementar el análisis de las situaciones posibles y sus probabilidades, con el objetivo de facilitar acciones que permitan prevenir, solucionar un problema o minimizar un posible daño. Sin embargo, las funciones adaptativas de la preocupación, disminuyen ésta se convierte en excesiva, ya sea por el incremento en su intensidad, frecuencia y/o duración, o bien porque se convierte en una tendencia de respuesta habitual ante cualquier situación que conlleve un grado de incertidumbre o malestar, incrementando un estado de alerta psicológica, favoreciendo ciertos errores en el procesamiento de la información (como es la sobreestimación de la probabilidad de daño, catastrofización) e incrementando tendencias

orientadas a la evitación, que a su vez, refuerzan creencias sobre la necesidad de control, desconfianza en los recursos personales para hacer frente al malestar y por ende la intolerancia a la incertidumbre.

Las creencias o ideas erróneas sobre las emociones displacenteras, sobre los beneficios y perjuicios de la preocupación, son aspectos centrales en la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento y regulación emocional desadaptativas, ya sea por ineficaces o contraproducentes. Además, otro aspecto relevante de la preocupación desadaptativa, es la intensidad en la respuesta ante situaciones ambiguas y potencialmente amenazantes, que generan a su vez estados de ansiedad importantes y por ende incrementan la preocupación sobre sus emociones desagradables. La propia preocupación excesiva pasa a ser percibida como una amenaza en sí misma, contribuyendo a la creencia de incontrolabilidad y daño que retroalimenta emociones negativas sobre las propias emociones displacenteras. El estilo rumiativo se asocia con incremento de preocupación (Nolen-Hoeksema et al., 2008).

Rumiación y preocupación se asocian con inflexibilidad cognitiva y dificultades para desviar la atención de estímulos negativos que conllevan un déficit en el rendimiento, dificultades de concentración y atención, resolución de problemas inadecuado entre otras consecuencias negativas (Davis & Nolen-Hoeksema, 2000). Sin embargo, se distinguen en la orientación temporal: la preocupación se orienta al futuro, anticipando potenciales amenazas, mientras que la rumiación se orienta al presente o pasado. Además, los pensamientos rumiativos, principalmente giran en torno a la autoestima, amenaza o pérdida de la misma, pérdida del propio destino, fracaso o no estar a la altura de las expectativas de los demás, y busca el significado profundo de los acontecimientos, a la vez que se percibe con certeza la incontrolabilidad de los acontecimientos (Wells & Matthews, 1994). (Para una revisión véase Nolen-Hoeksema, 2000; Nolen-Hoeksema, et al., 2008; Papageorgiou & Wells, 2004).

También se encuentran diferencias entre pensamientos rumiativos y pensamientos automáticos negativos. Si bien el contenido de estos pensamientos rumiativos en la depresión es de valencia negativa similar a los pensamientos negativos automáticos (Beck, 1976), se distinguen entre sí en primer lugar, porque la rumiación hace referencia al proceso cognitivo y no al contenido de los pensamientos, a la vez que consiste en cadenas más largas de pensamientos repetitivos, cíclicos, auto-focalizados y auto-relevantes, mientras que los pensamientos automáticos negativos, constituyen sintéticas y breves secuencias de pensamiento (Papageorgiou & Wells, 2001).

7.2. LA RUMIACIÓN COMO FACTOR TRANSDIAGNÓSTICO.

La alta comorbilidad entre síntomas ansiosos y depresivos (Mathews & MacLeod, 2005), así como la frecuente comorbilidad observada entre los trastornos mentales más frecuentes (p.e. trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastorno por consumo de sustancias, trastorno de la conducta alimentaria) y las características comunes a todos ellos, tales como el predominio de emociones negativas o desagradables, sensación de incontrolabilidad, atención selectiva al malestar y uso de estrategias de afrontamiento y regulación emocional ineficaces (Cano-Vindel, 2011; Watson, Clark, & Stasik, 2011), han motivado la búsqueda de factores comunes que expliquen estas asociaciones.

Entre los principales factores transdiagnósticos propuestos (cognitivos, afectivos, atencionales, sesgos de razonamiento y memoria, etc.) destacan los pensamientos repetitivos negativos (Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky, 2008) y en particular la rumiación (McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2011).

En una revisión meta-analítica en la que se examinaron las relaciones entre seis estrategias de regulación emocional (aceptación, prevención, resolución de problemas, reevaluación, rumiación y supresión) y los síntomas de cuatro desordenes emocionales (trastornos de ansiedad, depresión, alimentación y trastornos relacionados con abuso de sustancias), se obtuvo gran tamaño del efecto en la incidencia de la rumiación en estos síntomas (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010).

Entre los posibles mecanismos propuestos para explicar cómo la rumiación predice ansiedad se ha argumentado que la rumiación sería un intento de entender y recuperar el control, lo que provocaría un aumento de la preocupación sobre los resultados y dificultaría la selección de respuestas. De esta manera, el pensamiento rumiativo favorece el cuestionamiento sobre las causas y las consecuencias del malestar. Asimismo, aumenta la hipervigilancia sobre el entorno y estado de ánimo negativos (ansiedad) que al mantenerse en el tiempo aumenta la desesperanza hacia el futuro y las propias posibilidades personales de control, generando sesgos atencionales, focalización en las propias sensaciones, pensamientos y sentimientos (Nolen-Hoeksema, 2000; McLaughlin, et al., 2011).

Así, la rumiación como factor transdiagnóstico permite explicar la asociación entre síntomas de depresión y ansiedad en adultos y adolescentes; episodios de depresión mayor (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991), síntomas de ansiedad generalizada (Fresco, et al., 2002), síntomas de estrés post traumático (Mayou, Ehlers, & Bryant, 2002; Michael, Halligan, Clark, & Ehlers, 2007), ansiedad social (Mellings & Alden, 2000), pánico (Sansone & Sansone, 2012); trastornos de alimentación y trastorno por consumo de sustancias (Nolen-Hoeksema, Stice, Wade, & Bohon,

2007), síntomas obsesivo- compulsivos (Whal, Ertle Bohne, Zurowski, & Kordon, 2011) entre otros.

De acuerdo con estas investigaciones, se ha encontrado que la rumiación cumple un papel moderador y mediador entre la intolerancia a la incertidumbre y síntomas depresivos y ansiosos en población general (Liao & Wei, 2011).

Estudios orientados a investigar las superposiciones y diferenciaciones entre la rumiación y la preocupación en relación con la ansiedad y la depresión, han demostrado que la preocupación y rumiación están asociadas con ansiedad y depresión tanto en estudiantes como en pacientes, en estudiantes de población general y en población general (Fresco, et al, 2000; Segerstrom, Tsao, Alden, & Craske, 2000).

Watkins (2009) encontró que, de acuerdo con la hipótesis transdiagnóstica, la rumiación se asociaba positivamente con ansiedad y depresión, siendo el componente cavilativo el que daba cuenta de comorbilidad con trastornos obsesivo compulsivo y ansiedad generalizada, a la vez que la rumiación se relacionó con rasgos característicos en los trastornos de personalidad, especialmente con autoinforme de inestabilidad en las relaciones y sobre sentimientos de inconsistencia en el propio autoconcepto, concluyendo que el subtipo cavilativo de la rumiación es el que más fuertemente correlaciona con síntomas ansiosos y depresivos.

El impacto del estrés en ansiedad y depresión generalmente se encuentra en el contexto de una diátesis particular (vulnerabilidad biológica o psicológica). La forma en que los individuos evalúan cognitivamente y afrontan el estrés también interviene en las relaciones entre bienestar psicológico (Folkman, Lazarus, Gruen, & DeLongis, 1986). El afrontamiento centrado en problemas exige esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar las demandas estresantes y se relaciona con resultados beneficiosos. Tanto depresión como ansiedad se asocian positivamente con estrategias de afrontamiento pasivo (afrontamiento centrado en la emoción) y con evitación cognitiva (Holahan, Moos, Holahan, Brennan, & Schutte, 2005).

La rumiación como forma de regulación emocional desadaptativa parece ser el mecanismo cognitivo que vincula el estrés con síntomas depresivos, observándose que la variación conjunta de factores estresantes y rumiación predicen síntomas depresivos a los tres y quince meses de seguimiento (Vandrhasselt, Brose, Koster, & De Raedt, 2016).

Desde la perspectiva de rumiación como una estrategia de afrontamiento evitativa, se postula que personas rumiativas usan la rumiación como una forma de evitar exponerse ellos mismos al afecto negativo, obteniéndose apoyo para esta hipótesis al estar asociada a otras formas de estrategias evitativas. En este sentido, las personas que consideran importante atender a sus sentimientos y

emociones pero que no creen en su propia capacidad para entender y repararlas eficazmente, pueden sentirse abrumadas y experimentar como amenazantes sus emociones, utilizando la rumiación para evitarlas. Esto sugiere que creencias negativas sobre las emociones (p. e. que las emociones son dañinas, inaceptables o intolerables) podrían ser variables mediadoras en relación entre las habilidades emocionales asociadas al rasgo meta-emocional y la rumiación (Salguero, et al., 2013).

7.3. DIFERENCIAS SEXO/GÉNERO EN RUMIACIÓN

La rumiación es uno de los factores psicológicos que ha sido propuesto como una posible explicación tanto para la emergencia de diferencias entre hombres y mujeres en la adolescencia, así como en la mayor prevalencia de síntomas depresivos en mujeres (Merzulis, Abramsom, & Hyde, 2002; Nolen-Hoeksema, 1991; 2004).

Una hipótesis sobre la mayor prevalencia de depresión en mujeres es que la socialización en roles de género femeninos enfatizan rasgos orientados a las emociones (calidez, comprensión, conciencia emocional) y relevancia de los aspectos interpersonales (sensibilidad a las necesidades de otros, amabilidad, necesidad de filiación) (Cyranski, Frank, Young, & Shear, 2000; Lengua & Stormshak, 2000; Spence & Buckner, 2000) que conllevan el riesgo de incrementar la vulnerabilidad a la rumiación y estímulos generadores de estrés al prescribir mayor atención a los aspectos emocionales en las relaciones interpersonales. Esto incrementaría, en presencia de otros factores, mayor dependencia y reactividad emocional (Cox, Mezulis, & Hyde, 2010).

Investigaciones sobre depresión en adolescentes encuentran que las mujeres muestran una fuerte tendencia a rumiar más que los hombres sobre estresores relacionado con la apariencia física y problemas interpersonales y que esto contribuiría al desarrollo de estilos cognitivos negativos en los dominios de las relaciones interpersonales y apariencia física en las mujeres (Rood, Roelof, Bögels, & Meesters, 2012).

La mayor vulnerabilidad vendría dada porque favorece la focalización en la emoción en lugar de desviar la atención de los aspectos emocionales e interpersonales de los acontecimientos (Nolen-Hoeksema, 1987; Wupperman & Neumann, 2006). Por el contrario, la asertividad y orientación hacia la acción asociada a la masculinidad, favorece una menor atención a las emociones y énfasis en estilos de afrontamiento centrados en la solución de problemas (Nolen-Hoeksema, 1994; 1999).

Si bien estas características del rol de género femenino poseen también aspectos positivos y de protección (mayor calidad positiva en las relaciones, mejor funcionamiento y apoyo social) (Cox, et al., 2010), otros aspectos como la tendencia de las mujeres a valorarse en función de su

capacidad de cuidar y mantener vínculos, pueden contribuir a aumentar el malestar emocional, cuando se devalúa esa orientación a las relaciones, o estas no promueven el intercambio afectivo igualitario (Moreno-Fernández, Rodríguez-Vega, Carrasco-Galán, & Sánchez-Hernández, 2009).

Por otra parte, la interacción de variables psicosociales de género, como la menor valoración social de las mujeres, menores oportunidades de empleo, las desigualdades de poder dentro del matrimonio, la mayor responsabilidad en el cuidado de los hijos y el trabajo doméstico (Nolen-Hoeksema, et al. 1999) contribuyen al mayor número de acontecimientos vitales negativos en las mujeres respecto a los hombres, favoreciendo una baja percepción de control sobre los propios acontecimientos de su propia vida y mayor frecuencia de pensamientos rumiativos y preocupaciones (Davis, Matthews, & Twamley, 1999; Fresco, et al., 2002; Zalta & Chambles, 2008).

Al analizar la literatura empírica, se constata la mayor tendencia a la rumiación en mujeres relacionada con síntomas depresivos y ansiosos.

En general no se encuentran diferencias entre sexos en cuanto a los factores asociados a mayor rumiación y efectos en el estado de ánimo. Es decir, las respuestas rumiativas ante estados de ánimo depresivos, síntomas iniciales de depresión y ansiedad, malestar emocional, amenazas a la autoestima, pesimismo, vergüenza, culpa y preocupación, se asocia en ambos sexos con mayor prolongación e incremento del estado de ánimo depresivo (Butler & Nolen-Hoeksema, 1994; Cheung, Gilbert, & Iron, 2004; Katz & Bertelson, 1993; Kuster, Orth, & Meier, 2012; Nolen-Hoeksema & Harrel, 2002; Nolen-Hoeksema, Parker, & Larson, 1994; Pimentel & Cova, 2011; Zalta & Chambless, 2008). Asimismo, altos niveles de estrés, mayor número de eventos estresantes y tensión crónica, bajo apoyo social y bajo control de los propios acontecimientos, se relacionan con más rumiaciones y predicen episodios depresivos en ambos sexos (Nolen-Hoeksema, et al., 1994; Nolen-Hoeksema & Jackson, 2001)

Tampoco se encuentran diferencias en hombres y mujeres en los efectos de las distintas estrategias de regulación y sintomatología depresiva. En ambos sexos, rumiación, catastrofismo y autoinculación, incrementan síntomas depresivos; mientras que la reevaluación positiva, se asocia con un decremento en depresión (Garnefski, Teerds, Kraaij, Legerstee, & Van den Krommer; 2004). Asimismo, las estrategias centradas en la emoción contribuyen al estado de ánimo triste, contrariamente a estrategias de distracción. Al respecto, excepto Butler y colaboradores (1994), no se encuentran diferencias entre sexos en el uso de distracción (Strauss, Muday, McNall, & Wong, 1997) si bien encuentran mayor autoinforme de rumiación en mujeres, no hallan diferencias entre sexos en distracción. Esto sugiere que las diferencias en más síntomas de depresión en mujeres estarían asociados al componente cavilativo (brooding) de la rumiación

y mayor atención a estados de ánimo y sentimientos y no a la ausencia de estrategias de distracción (Thayer, Rossy, Ruiz-, & Johnsen, 2003; Treynor, Gonzalez, & Nolen-Hoeksema, 2003).

Sin embargo, sí se encuentran diferencias entre hombres y mujeres en la frecuencia y número en que estos factores son experimentados. Las mujeres informan de más sentimientos de tristeza, vergüenza, culpa, irritabilidad, falta de atractivo y cansancio (Cheung, et al., 2004; Thayer, et al., 2003); menor percepción de control sobre acontecimientos negativos, altos niveles de estrés y preocupación que los hombres (Nolen-Hoeksema, et al., 1999; 2001; Zalta, et al., 2008).

Por otra parte, las creencias sobre los beneficios o adecuación de la rumiación, así como creencias sobre la incontrolabilidad de las emociones negativas y responsabilidad del tono emocional de las relaciones, parecen mediar parcialmente en las diferencias entre sexos en el uso de la rumiación como forma de afrontamiento, si bien ninguna de ellas da cuenta totalmente de las mismas (Nolen-Hoeksema, et al., 2001). En este sentido, Barnhofer y colaboradores (2007) al comparar creencias positivas de la rumiación entre hombres y mujeres deprimidos encuentran que las mujeres informan más creencias positivas de la rumiación que los hombres. Sin embargo, cuando tuvo en cuenta la existencia de antecedentes de abuso o asalto físico y/o sexual, encontraron que existían diferencias entre las mujeres, siendo aquellas con estos antecedentes biográficos, las que más creencias en los beneficios de la rumiación mantenían. Contrariamente, este efecto no se observó en los hombres.

Respecto a la socialización masculina se observa que ésta correlaciona negativamente con rumiación y depresión tanto en hombres y mujeres (Wupperman, Neumann, & Craig, 2006). Por el contrario, la identificación y aceptación con estereotipos de género femeninos, así como la conformidad con roles tradicionales para mujeres (p.e., sexismo benevolente), mantiene diferentes relaciones con la rumiación, observándose mayor autoinforme de rumiación en mujeres con alta conformidad con estereotipos de género (Strauss, et al., 1997).

Yoder y Lawrence (2011) estudiaron tres formas de rumiación (creencia de la rumiación como respuesta estereotipada femenina ante los problemas emocionales, rumiación asociada a la depresión y rumiación en sus dos componentes de reflexión y brooding) en hombres y mujeres. Encontraron que: (1) Alta aceptación de estereotipos femeninos por parte de las mujeres correlaciona positiva y significativamente con las tres formas de rumiación. (2) Mujeres que aprueban el sexismo benevolente se vincula con rumiación reflexiva. (3) La rumiación asociada a depresión (brooding) se asocia con aceptación de estereotipos sólo entre las mujeres, es decir, a medida que aumenta su aceptación de estereotipos, aumentan sus puntuaciones en rumiación cavilativa. (4) A mayor aceptación de estereotipos de género femenino y sexismo benevolente, tanto solo como en combinación de ambos, aumenta también el autoinforme de rumiación reflexiva.

Respecto a los estresores asociados a mayor rumiación, no se encuentran diferencias entre sexos ante estresores de rendimiento o logro, sí ante estresores interpersonales, ante los cuales, las mujeres ejecutan rumiaciones más frecuentemente que los hombres (Simonson, et al., 2011).

Respecto a las distintas estrategias de regulación emocional (autoinculpación, culpabilizar a otros, aceptación, centrarse en la planificación, centrarse en los aspectos positivos, rumiación, reevaluación positiva, poner en perspectiva y catastrofismo), se encuentran diferencias significativas entre sexos en varios aspectos. En primer lugar, las mujeres informan de mayor variedad y cantidad de estrategias para afrontar situaciones de malestar emocional que los hombres. En segundo lugar, existen diferencias en las estrategias más frecuentes, las mujeres recurren más a la rumiación, catastrofismo, la auto-inculpación y centrarse en aspectos positivos, que excepto esta última, se asocian a mayores puntuaciones de depresión (Garnefski, et al., 2004).

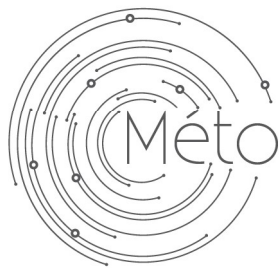
Asimismo, se observan efectos compensatorios entre estrategias de regulación emocional adaptativas y rumiación sólo en mujeres. Las estrategias adaptativas por sí mismas no se relacionan con menor psicopatología, ya que sus efectos dependen del contexto mientras que los efectos de las desadaptativas (rumiación y supresión emocional) son más independientes del contexto (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2011; Aldao, 213). Por otra parte, cuando existe alta atención emocional y es balanceada con buena claridad y reparación emocional está asociada con aspectos positivos en el procesamiento de información emocional que se ha asociado con las mujeres. Pero si ocurre lo contrario, la mayor atención emocional puede llevar a una espiral de atención a las propias emociones sin forma de interrumpir este proceso, como puede ser la rumiación, identificado como importante para la depresión en general y las diferencias de género específicamente en la depresión (Thayer, et al., 2003).

Por tanto, a modo de conclusión, la rumiación parece influir en las diferencias observadas en prevalencia de trastornos emocionales entre hombres y mujeres, siendo más frecuente en mujeres. Si bien los mecanismos a través de los cuales la rumiación incrementa los efectos en el inicio y mantenimiento de síntomas depresivos y ansiosos no muestran en general diferencias entre sexos. Sin embargo, existen diferencias en factores asociados a mayor rumiación en mujeres: mayor número de eventos potencialmente estresantes; emociones negativas más frecuentes; creencias sobre la incontrolabilidad de las emociones negativas; responsabilidad del tono emocional de las relaciones; y mayor atención a aspectos emocionales e interpersonales. Al considerar estos factores en relación con modelos de vulnerabilidad psicológica (diátesis-estrés), sumadas a expectativas y creencias asociadas a roles y estereotipos de género femeninos contribuirían al desarrollo de mayor psicopatología.



Investigación Empírica

Capítulo 8



Método

CAPÍTULO 8. MÉTODO

8.1. OBJETIVO E HIPÓTESIS

El objetivo de este trabajo es analizar la influencia de normas de género femeninas en factores de vulnerabilidad cognitiva y emocionales que favorezcan la puesta en marcha de respuestas rumiativas, mayor percepción de estrés y peor salud psicológica autopercebida, que constituyen factores de vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos emocionales.

En base a la revisión teórica se establecen las siguientes hipótesis orientadas a analizar las relaciones entre normas de género femeninas y las distintas variables cognitivo-emocionales y salud psicológica.

Objetivo: Analizar las relaciones entre conformidad con normas de género femeninas y variables de salud psicológica y cognitivo-emocionales

En primer lugar, se analizan las relaciones entre las distintas variables de estudio, sin considerar la influencia de las normas de género, con el objetivo de clarificar qué variables influyen en la salud psicológica autopercebida y en qué porcentajes contribuyen a explicar su variabilidad.

Hipótesis 1. Mayor puntuación en el cuestionario de salud general, indicadora de peor salud psicológica, se relaciona y es predicha por mayor percepción de estrés, rumiación, creencias disfuncionales y creencias sobre la preocupación.

Hipótesis 2. Mayor conformidad con normas de género femeninas totales se relaciona positivamente y predice mayores puntuaciones en salud psicológica, percepción de estrés, rumiación, creencias disfuncionales y mayor atención emocional.

Hipótesis 3. La conformidad con las normas de género femeninas (Cuidado de Niños/as, Modestia, Amabilidad, Romántica, Fidelidad Sexual y Delgadez) se relacionan positivamente y predicen peor salud psicológica, mayores síntomas ansioso-depresivos, desajuste social, dificultades en afrontamiento exitoso, afectación a la autoestima y estrés.

Hipótesis 4. Mayor conformidad con normas de género femeninas (Apariencia, Delgadez, Romántica, Fidelidad Sexual, Cuidado de Niños/as y Amabilidad) se relacionan positivamente y predicen mayor percepción subjetiva de estrés.

Hipótesis 5. La conformidad las distintas normas de género femeninas mostrarán relaciones positivas y significativas explicando de manera congruente, creencias disfuncionales en las distintas áreas: (1) Apariencia y Delgadez predicen Necesidad de Aprobación y

Perfeccionismo, (2) Modestia y Amabilidad, predicen Necesidad de Aprobación, Necesidad de Amor y Autonomía Personal; (3) Cuidado de Niños/as, Fidelidad Sexual y Doméstica predicen Necesidad de Aprobación, Necesidad de Amor, Derechos, Necesidad de Éxito.

Hipótesis 6. La conformidad con normas de género femeninas mostrará relaciones positivas y significativas explicando de manera congruente inteligencia emocional en distintas áreas: (1) Cuidado de Niños/as, Modestia, Amabilidad, Romántica y Fidelidad Sexual, predicen Atención emocional; (2) Amabilidad, Romántica, Modestia y Delgadez, predicen Comprensión Emocional; (3) Modestia, Amabilidad y Delgadez, predicen Regulación Emocional; (4) Amabilidad predice Inteligencia emocional autopercebida (IEA).

Hipótesis 7. Mayor conformidad con normas de género femeninas (Agradable, Modestia, Romántica, Fidelidad y Delgadez) se relacionan y predicen respuestas rumiativas (totales y reproches).

Hipótesis 8. Mayor conformidad con normas de género femeninas (Amabilidad, Romántica, Fidelidad y Delgadez) se asocia positivamente y predicen más creencias sobre los beneficios y motivos de preocupación (totales, disfuncionales y más adaptativos).

8.2. PARTICIPANTES

El conjunto de participantes del estudio está compuesto por mujeres adultas que habitualmente trabajan fuera del hogar ($N=237$) con edades comprendidas entre 19 y 63 años, y cuya media de edad es 38.74 años ($DT= 9.06$). El 39.7% trabaja en empresas de un grupo multinacional ($N=94$), mientras que el 60.3% restante, son mujeres externas a este contexto ($N=143$). Todas las participantes, por tanto, proceden de población general, residen en España, siendo en su mayoría europeas (92.8%), de las cuales el 87.8 % son españolas.

Las características sociodemográficas consideradas en este estudio pueden verse en la tabla 8.2 y se describirán detalladamente en el capítulo 9 (Resultados).

8.3. VARIABLES E INSTRUMENTOS

La batería de instrumentos utilizada se compuso de siete escalas y cuestionarios de autoinforme, que se describen a continuación y permiten medir las variables de salud psicológica, cognitivas y emocionales que constituyen factores potenciales de vulnerabilidad (Tabla 8.1). Asimismo, se creó un cuestionario de variables sociodemográficas destinado a medir características individuales y contextuales o situacionales (Tabla 8.2). El cuestionario aplicado se puede consultar en el Anexo.

Tabla 8.1. Relación de variables e instrumentos de medida

Variables	Instrumento de medida
Conformidad con normas de género femeninas	Inventario de Conformidad con Normas Femeninas (CFNI; Mahalik et al., 2005; adaptación a población española por Sánchez-Lopez & Cuéllar-Flores, 2011).
Salud psicológica autopercebida	Cuestionario de Salud General (GHQ-12; Goldberg & Williams, 1988; adaptación a población española por Sánchez López & Dresch, 2008).
Percepción subjetiva de estrés	Escala de Percepción de Estrés (PSS-10; Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983; adaptación a población española por Remor, 2006)
Creencias o aptitudes disfuncionales	Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS; Weissman & Beck, 1978; adaptada a la población española por Sanz & Vázquez, 1993; versión de Burns, 1980).
Creencias sobre preocupación	Cuestionario ¿Por qué Preocuparse? ¿PP? (Why Worry?; Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas & Ladouceur, 1994; adaptación a población española por González, Bethencourt, Fumero & Fernández, 2006)
Respuestas rumiativas	Escala de Respuestas Rumiativas (RRS; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991; adaptación a población española por Hervás-Torres, 2008)
Inteligencia emocional autopercebida	Escala de Meta Estados de Ánimo abreviada (TMMS-24; Salovey & Mayer, 1995; adaptación a población española por Fernández-Berrocal, Extremera & Ramos, 2004)

8.3.1. Variables sociodemográficas

Se elaboró un cuestionario de variables sociodemográficas con el objetivo de recoger aspectos complementarios relevantes en relación con los roles y condiciones asociadas al género que podrían influir en los resultados de salud psicológica y estrés, que se recogen en la tabla 8.2.

Tabla 8.2. Categorías y variables sociodemográficas

Características personales		Características situacionales	
País de origen	África	Familiares a cargo	No
	América del Sur		Hijos/as
	Asia		Familiares mayores
	Europa		Si, ambos
	España		
Estado civil	Soltera	Situación laboral	Desempleada
	Casada		Jornada completa
	Divorciada o separada		Jornada reducida
	Viuda		Media jornada
	Pareja de hecho		
Nivel educativo	Estudios secundarios	Nivel de ingresos anuales	Ninguno
	Estudios universitarios		Menos de 12.000 €
	Formación Profesional		Entre 12.001-20.000 €
	Master y/o Doctorado		Entre 20.001-24.000 €
			Más de 36.000 €
Edad		Tipo de trabajo	Atención a clientes
			Oficina
			Técnico
			Otros
		Entorno de procedencia	Empresa multinacional
			Externas este contexto empresarial

8.3.2. Conformidad con normas de género femeninas

El Inventario de Conformidad con Normas de Género Femeninas (CFNI, Mahalik et al., 2005) original y adaptado para la población española realizada por Sánchez-López y Cuéllar-Flores, 2011) contiene 84 ítems compuestos de afirmaciones orientadas a medir actitudes, creencias y comportamientos relacionados con los roles de género femeninos. En este trabajo, se ha utilizado una versión experimental reducida de 40 ítems basada en la versión reducida propuesta por Paren y Moradi (2011).

La escala está diseñada para medir a través de un continuo de conformidad con las normas de género femeninas, desde la total aceptación de una norma específica hasta su total oposición. Los ítems o mensajes normativos están agrupados en 8 escalas: Apariencia; Cuidado de Niños/as; Doméstica; Modestia; Amabilidad; Romántica; Fidelidad Sexual y Delgadez (Tabla 8.3). El formato de respuesta es tipo Likert de 4 puntos (*1=totalmente en desacuerdo, 2=en desacuerdo, 3=de acuerdo, 4=totalmente de acuerdo*), por tanto, el rango de puntuaciones en la escala total

oscila entre 25-160 y en cada subescala entre 5 y 20, de tal forma que mayores puntuaciones indican mayor conformidad con los roles femeninos tradicionales.

Las propiedades psicométricas son aceptables, encontrándose valores del coeficiente de alfa de Cronbach en un rango entre las sub-escalas de 0.69 (la menor) y 0.92 la más elevada, con un valor medio de .78 (Paren et al., 2011). En nuestra muestra la fiabilidad fue de 0.76 para el total de las escalas, con un rango de valores entre .36 en la subescala Romántica y .85 en Cuidado de Niños/as. Sólo la escala Romántica tiene un alfa de Cronbach menor del aceptable ($\alpha = .36$), por lo que no se puede asegurar que esa subescala mida de forma fiable el constructo Implicación Romántica. Algo parecido ocurre con la subescala Agradable en las relaciones ($\alpha = .57$) aunque en este caso la fiabilidad está rozando los límites de una fiabilidad aceptable. El resto de las subescalas y test la fiabilidad es buena o muy buena (Gliem & Gliem, 2003).

Tabla 8.3. Descripción de las subescalas del Inventario de Conformidad con Normas de Género Femeninas (CFNI)

Subescalas	Descripción	Ejemplos de ítems
Apariencia	Destinar recursos para mantener y mejorar la apariencia e imagen física.	16. Paso más de 30 minutos al día arreglándome el pelo y maquillaje
Cuidado de Niños/as	Disfrutar del cuidado de niños y niñas.	26. Cuidar niños/as da sentido a la vida
Doméstica	Cuidar y mantener el orden y limpieza del hogar.	6. Limpio mi casa regularmente
Modestia	Intentar no llamar la atención sobre logros, éxitos, cualidades o talentos propios.	22. Siempre quito importancia a mis logros
Amabilidad	Esforzarse por ser amable, cuidar las relaciones de amistad y apoyo a los/las demás.	25. Siempre intento hacer que los demás se sientan especiales
Romántica	Implicación y cuidado de las relaciones románticas.	3. Cuando estoy en una relación romántica le doy toda mi energía
Fidelidad Sexual	Mantener relaciones sexuales en el contexto de una relación de compromiso.	11. Me sentiría culpable si tuviera un encuentro sexual de una sola noche
Delgadez	Búsqueda y preocupación por conseguir el ideal de cuerpo delgado	1. Sería más feliz si fuera más delgada

Fuente: adaptación de Mahalik et al. (2005).

8.3.3. Salud psicológica autopercebida

El Cuestionario Salud General (GHQ-12; Goldberg & Williams, 1988, adaptación a población española realizada por Sánchez López & Dresch, 2008) es un instrumento de cribado para evaluar el estado de salud mental autopercebida o estado emocional, a través de la exploración de síntomas emocionales (ansiosos y depresivos), lo que permite realizar una evaluación del bienestar

psicológico o trastornos mentales comunes en la población general, en pacientes y/o usuarios de servicios médicos o en estudios epidemiológicos.

La versión abreviada consta de 12 ítems y es la más utilizada por la brevedad y rápida administración. Los ítems evalúan, a través de una escala tipo Likert de cuatro puntos, la intensidad o gravedad de varios problemas mentales durante el último mes, con seis sentencias positivas y seis negativas, que se contestan con cuatro opciones de respuesta a cada ítem (*0 = mejor que lo habitual o no en absoluto, 1 = igual que lo habitual o no más que lo habitual, 2 = menos que lo habitual o algo más que lo habitual, 3 = mucho menos que lo habitual o mucho más que lo habitual*). La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones en los 12 ítems, de manera que a mayor puntuación total, peor salud y peor bienestar psicológico. El rango de puntuaciones posibles se encuentra entre 0-36. En este estudio se calcularon distintos factores propuestos en su uso multidimensional de este instrumento de cribado: dos factores (depresión/ ansiedad y disfunción social; Wernicke et al., 2000) y tres factores (afrontamiento, autoestima y estrés, Sánchez-López et al., 2008), que se interpretan igualmente en el sentido de mayores puntuaciones, mayor afectación en cada factor (Ver tabla 8.4)

Tabla 8.4. Descripción de factores del Cuestionario General de Salud (GHQ-12)

Factores	Descripción	ítems	Puntuaciones (Rango)
Dos factores	Factor I: Síntomas ansioso-depresivos	1, 2, 5, 6, 9, 10, 11	0 -21
	Factor II: Desajuste social	3, 4, 7, 8, 12	0-15
Tres factores	Factor 1: Afrontamiento	1,2,5,6,7,9	0-18
	Factor 2: Autoestima	3,10,11, 12	0-12
	Factor 3: Estrés	4, 8	0-6

Fuente: adaptado de Rocha y cols. (2011)

El GHQ-12 presenta una buena fiabilidad en los diferentes estudios realizados con alfa de Cronbach que varían entre .82 y .86 (Campo-Arias, 2007; Sánchez-López & Dresch, 2008; Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell & Obiols, 2011); en población general española se obtiene un alfa de Cronbach estandarizada de .78 (Sánchez-López, et al., 2008). En esta muestra se obtienen valores más elevados de fiabilidad mediante alfa de Cronbach, siendo .919 para puntuaciones Likert y .907 para puntuaciones GHQ, indicando una excelente fiabilidad del test (George & Mallery, 2003).

8.3.4. Percepción subjetiva estrés

La Escala de Percepción de Estrés, en su versión abreviada de 10 ítems (PSS- 10; Cohen, Kamarck & Mermelstein; 1983), adaptada para la población española por Remor (2006), mide el nivel de estrés percibido a través del grado de acuerdo con el que las personas evalúan las circunstancias

de su vida como estresantes. La escala proporciona un potencial para examinar las formas sobre las que el papel de los niveles percibidos de estrés juega en la etiología de enfermedades y trastornos comportamentales (Cohen et al, 1983).

Los ítems evalúan el grado en que las personas encuentran que sus vidas son impredecibles (p.ej. *¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?*), incontrolables (p.ej. *¿con qué frecuencia ha sido incapaz de controlar cosas importantes en su vida?*, o *¿con qué frecuencia se ha estado segura sobre su capacidad para manejar sus problemas?*) y sobrecargadas (p.ej. *¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?*, o *¿con qué frecuencia ha sentido que no ha podido afrontar todas las cosas que tenía que hacer?*), tres componentes largamente asociados a la experiencia de estrés (Cohen 1979, citado por Remor, 2006).

Esta escala es un instrumento de autoinforme que evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes y consta de 10 ítems con cinco posibilidades de respuesta (0= nunca, 1= casi nunca, 2= de vez en cuando, 3= a menudo; 4= muy a menudo). La puntuación total se obtiene de invertir las puntuaciones de cinco ítems positivos (4, 5, 7, 8, 9) asignando 0= 4, 1=3; 2=2; 3=1, 4 =0 y sumando luego todos los ítems. El rango total de puntuaciones va de 0 a 40. Puntuaciones elevadas indican altos niveles de estrés percibido.

Las puntuaciones medias obtenidas en la adaptación española para esta versión breve fueron de 17.6 ($DT= 6,7$) obtenida en hombres y mujeres. La fiabilidad (coeficiente alfa) fue de .82. La correlación test-retest fue de 0.77 ($p=.000$). Se encontraron diferencias significativas entre las puntuaciones medias según el sexo, siendo más elevadas en las mujeres 18.9 ($DT=6.7$) mientras que en los hombres fue de 16.4 ($DT= 6.4$). La fiabilidad (alfa de Cronbach) obtenida en esta muestra de mujeres es .874, considerándose muy buena o excelente fiabilidad del test (George et al, 2003).

8.3.5. Creencias y actitudes disfuncionales

La Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS; Weissman & Beck, 1978; versión de Burns, 1980 y adaptada a la población española por Sanz & Vázquez, 1993) fue diseñada con la finalidad de detectar y evaluar las actitudes disfuncionales como estructuras preexistentes de vulnerabilidad para desarrollar síntomas depresivos y ansiosos. En este estudio se utilizó la versión reducida, que consta de 35 ítems, con cinco opciones de respuesta tipo Likert (0 =*Totalmente en desacuerdo*, 1=*moderadamente en desacuerdo*, 2=*dudoso*, 3= *moderadamente de acuerdo*, 4=*totalmente de acuerdo*), por tanto, el rango de puntuaciones va de 0 a 140, indicando la mayor puntuación mayor número de creencias disfuncionales, considerada una medida de vulnerabilidad general en

respuesta a experiencias interpersonales negativas. La escala se organiza en 7 componentes básicos que se presentan en la tabla 8.5.

Tabla 8.5. Descripción de la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS)

Escala (ítems)	Descripción	Ejemplo de ítems
Aprobación (1 al 5)	Necesidad de obtener la aceptación de los/las demás personas, incluso rechazando sus propios deseos personales, con gran sensibilidad a las señales de las demás personas	1. <i>Ser criticado/a hace que la gente se sienta mal</i> 2. <i>Es mejor que renuncie a mis propios intereses para agradar a otras personas</i>
Amor (6 al 10)	Tendencia a realizar la propia valoración en función del amor de otras personas, afectando a su autoestima según la creencia de ser rechazada o no tener el amor de los demás.	6. <i>No puedo ser feliz si no me ama alguien</i> 9. <i>Si una persona a la que amo, no me corresponde, es que soy poco interesante.</i>
Éxito (11 al 15)	Tendencia a prestar una atención excesiva a ser competente en sus tareas, poniendo su propio valor en función de los resultados obtenidos, con un excesivo centramiento en el trabajo, olvidando otros aspectos de la vida como la diversión y el ocio.	11. <i>Para considerarme una persona digna debo destacar, al menos, en algún área importante de mi vida.</i> 15. <i>Si fallo en el trabajo soy un/a fracasado/a</i>
Perfeccionismo (16 al 20)	Temor a cometer errores, valorándose negativamente a sí misma ante cualquier desviación de altos y rígidos estándares.	17. <i>Es vergonzoso exhibir las debilidades de uno/a</i> 19. <i>Si cometo un error, debo sentirme mal</i>
Derechos (21 al 25)	Mide las ideas erróneas y auto-centradas sobre las recompensas de las interacciones sociales sobre cómo las demás personas deben corresponder.	21. <i>Si creo firmemente que merezco algo, tengo razones para esperar conseguirlo.</i> 23. <i>Si antepongo las necesidades de los demás a las mías, me ayudarán cuando necesite algo de ellos</i>
Omnipotencia (26 al 30)	Autoexigencia sobre la responsabilidad de la conducta de las personas con las que se relaciona, ignorando o subestimando la responsabilidad de los otros sobre sí mismos.	26. <i>Debo asumir responsabilidades de cómo se comporta y siente la gente que está cercana a mí.</i> 30. <i>Tengo que ser capaz de agradar a todo el mundo</i>
Autonomía (31 al 35)	Mide creencias sobre los propios sentimientos como inmodificables o dependientes de las situaciones de la vida, con baja percepción de autoeficacia y control sobre las situaciones.	31. <i>No creo que pueda controlar mis sentimientos si me ocurre algo malo</i> 33. <i>Mi estado de ánimo se debe, fundamentalmente, a factores que están fuera de mi control, tales como el pasado</i>

Fuente: adaptado de Sanz & Vázquez (1993)

La fiabilidad para la escala abreviada en población española fue de .70, algo menor a la encontrada en otras poblaciones, cuyos índices de consistencia interna que oscilan entre .79 y .92 (Weissman, 1980; Sahin & Sahin, 1992; Oliver & Baumgart, 1985, citados por Sanz et al., 1993). En nuestro estudio, la fiabilidad (coeficiente de Cronbach) para la escala total fue de .928, considerada muy buena o excelente. Cuatro de las subescalas de la DAS (Éxito, Aprobación, Perfeccionismo y Amor) muestran una fiabilidad muy buena ($\alpha = .86; .749; .745$ y $.727$) respectivamente, mientras que las tres subescalas restantes (Derecho sobre los otros, Omnipotencia y Autonomía personal) muestran una fiabilidad aceptable, aunque mejorable ($\alpha = .638; .641$ y $.631$ respectivamente).

8.3.6. Inteligencia emocional autopercebida

La Escala de Meta Estados de Ánimo abreviada (TMMS-24) está basada en la escala original *Trait Meta Mood Scale*, de Salovey et al. (1995) y ha sido adaptada a la población española por Fernández-Berrocal, Extremera & Ramos (2004). Es una medida de autoinforme, es decir, una escala rasgo destinada a evaluar el metaconocimiento o conocimiento sobre los propios estados emocionales que las personas creen poseer, en concreto sobre las destrezas o habilidades para ser conscientes de las propias emociones y de la capacidad para regularlas. En otras palabras, es una medida de la inteligencia emocional percibida en términos de las creencias individuales sobre la propia inteligencia emocional (Fernández-Berrocal et al., 2004).

Esta escala abreviada se compone de 24 ítems agrupados en tres subescalas o dimensiones claves en relación con la inteligencia emocional autopercebida: *Atención Emocional*, que evalúa el grado en que las personas creen prestar atención a sus emociones y sentimientos (p.ej. “a menudo pienso en mis sentimientos”); *Claridad o Comprensión Emocional*, que mide el grado en que las personas creen percibir sus emociones (p.ej. “puedo llegar a comprender mis emociones”) y *Regulación Emocional* que evalúa la creencia de la persona en su capacidad para interrumpir y regular estados emocionales negativos y prolongar los positivos, (p. ej. “intento tener pensamientos positivos, aunque me sienta mal”).

La respuesta a los ítems se realiza a través de una escala tipo Likert con cinco opciones en función del acuerdo con las afirmaciones (1= *nada de acuerdo*, 2= *algo de acuerdo*, 3= *bastante de acuerdo*, 4= *muy de acuerdo*, 5= *totalmente de acuerdo*), oscilando el rango de puntuaciones entre 8 y 40 puntos en las subescalas y entre 24 y 120 en la escala total. Mayores puntuaciones indican mayor atención, mayor claridad y mayor reparación emocional. La tabla 8.6. describe la propuesta de interpretación en cada una de las escalas para mujeres.

Tabla 8.6. Interpretación de puntuaciones para la Escala de Meta Estados de Ánimo (TMMS-24)

Subescalas	Puntuaciones		
	Bajas	Moderadas	Altas
Atención Emocional	< 24	25 a 35	>36 Excesiva
Comprensión Emocional	< 23	24 a 34	>35 Excelente
Regulación Emocional	< 23	24 a 34	>35 Excelente

Fuente: adaptación extraída de Fernández-Berrocal et al. (2004).

La TMMS-24 ha demostrado tener una buena fiabilidad y validez en diferentes investigaciones con muestra española, con una consistencia interna de las subescalas con alfas de Cronbach por encima de .85 y con correlaciones test-retest después de 4 semanas satisfactorias: Atención Emocional ($r = .60$); Comprensión Emocional ($r = .70$) y Regulación Emocional ($r = .83$)

En este estudio, se obtienen los siguientes valores de fiabilidad medidos con alfa de Cronbach: escala de Atención Emocional (.89); Comprensión Emocional (.90) y Regulación Emocional (.86), y para la escala total (.87).

8.3.7. Respuestas rumiativas

La escala de respuestas rumiativas (*Ruminative Responses Scale*; RRS; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991; adaptación a población española por Hervás-Torres, 2008), fue creada para evaluar la presencia del estilo de respuesta rumiativo, consistente en una focalización excesiva en causas y consecuencias de síntomas depresivos, asociado a mayor probabilidad de desarrollar sintomatología depresiva y ansiosa (Hervás, 2008).

La escala consta de 22 ítems que describen distintos pensamientos y conductas que las personas realizan cuando se sienten tristes, deprimidas o abatidas (p.e., “piensas en lo solo/a que te sientes”, “piensas en tus sensaciones de fatiga y molestias”, “escribes lo que estás pensando y lo analizas”, etc.) a las que se responden en una escala tipo Likert de 4 puntos en función del grado de acuerdo con la frecuencia en que la persona experimenta dicha respuesta ($1 = \text{casi nunca}$; $2 = \text{algunas veces}$; $3 = \text{a menudo}$; $4 = \text{casi siempre}$), oscilando el rango de puntuaciones entre 22 y 110 puntos. A mayor puntuación, mayor presencia del estilo de respuesta rumiativo.

La escala permite calcular dos factores o subescalas diferenciadas: *Reflexión* (ítems 7,11, 12, 20, 21) y *Reproches* (o cavilación, ítems 5, 10, 13,15, 16).

La consistencia interna en la adaptación española fue muy buena con un alfa = .93 para la escala total, de .80 para la subescala *Reproches* y .74 para *Reflexión*. Los valores obtenidos de fiabilidad medidos con alfa de Cronbach con nuestros datos fueron igualmente muy buenos, para la escala total (.94); Reflexión (.76) y Reproches (.83).

8.3.8. Creencias sobre preocupación

El cuestionario ¿Por qué Preocuparse? (*Why Worry?*; Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas & Ladouceur; 1994; adaptación a población española realizada por González, Bethencourt, Fumero, & Fernández, 2006), tiene la finalidad de evaluar una variable de proceso relacionada con la sobreestimación de las consecuencias tanto positivas como negativas de la preocupación excesiva e incontrolable, es decir las creencias sobre la preocupación (González et al, 2006).

El cuestionario consta de 20 ítems con cinco alternativas de respuesta (*1= nada característico de mí, 2= algo característico en mí, 3= bastante característico en mí, 4= muy característico en mí, 5= extremadamente característico de mí*). El objetivo de este cuestionario es localizar núcleos de preocupación, los motivos que tienen las personas que se preocupan en exceso, y donde esas creencias mantienen las preocupaciones tanto por reforzamiento positivo como negativo, retroalimentando de esa manera las primeras (Freeston et al., 1994). La intolerancia a la incertidumbre juega un papel central en la predicción de los dos factores y del total del cuestionario (Tabla 8.7).

El factor I se denomina “preocuparse como estrategia negativa de afrontamiento” (PRENA), e incluye los ítems: 1, 2, 4, 5, 6, 10, 12, 14, 17, 19. El factor II, denominado “preocuparse como perfeccionismo positivo” (PREPP), incluye los restantes ítems que recogen aspectos donde la preocupación tiene un papel activo y positivo pues contribuye a aumentar el control y facilitar la resolución de situaciones conflictivas.

Tabla 8.7. Descripción del cuestionario ¿Por qué preocuparse? (¿PP?)

Subescala	Descripción	Ejemplo de ítems
PRENA	Mide rasgos de preocupación, estilo evitativo de resolución de problemas. Creencias disfuncionales o negativas de la incertidumbre	<p>2. <i>Preocuparme por cosas poco importantes me distrae de otros problemas emocionales en los que no quiero pensar</i></p> <p>5. <i>Me preocupo porque me enseñaron a esperar siempre lo peor</i></p> <p>6. <i>Me preocupo porque si pasa lo peor, me sentiría culpable por no haberme preocupado</i></p>
PREPP	Creencias funcionales o beneficios positivos, que incluyen una solución racional del problema	<p>3. <i>Si me preocupo puedo encontrar una mejor manera de perfeccionarme como persona.</i></p> <p>13. <i>Me preocupo para intentar tener mejor control sobre mi vida</i></p> <p>15. <i>Me preocupo con el propósito de evitarme disgustos</i></p>

Fuente: adaptado de Gonzalez y cols. (2006). Nota: PRENA (Preocupación como estrategia de afrontamiento negativo); PREPP (Preocupación como perfeccionismo positivo).

La fiabilidad o consistencia interna del total del cuestionario es satisfactoria (.91), en los dos factores (PRENA Y PREPP) muestran una consistencia interna de .86 y .85 respectivamente, con una fiabilidad test –retest (cinco semanas) de .76 para el total del cuestionario.

En nuestro estudio, la fiabilidad para la escala total fue igualmente muy buena o excelente (.91), respecto a los factores, mostraron muy buena consistencia interna de .87 y .85 para el factor PRENA y PREPP respectivamente.

8.4. PROCEDIMIENTO

8.4.1. Descripción del diseño y tipo de muestra

Dadas las características y objetivos de esta investigación, el diseño escogido es de corte transversal, descriptivo y correlacional. La muestra es incidental y el método de muestreo escogido fue “bola de nieve” (Goodman, 1961) a través de una encuesta online en mujeres de población general, dentro del contexto de una empresa multinacional y personas ajenas a este contexto, a través de las redes cercanas al contexto de la investigadora.

8.4.2. Permisos solicitados

Se solicitó y obtuvo autorización para cuestionarios a un número discreto de mujeres cercanas al contexto de consultoría de empresa en el que se desarrollaban asesoramientos vinculados con la prevención de riesgos psicosociales laborales.

8.4.3. Cuestionario de recogida de datos

La recogida de datos se llevó a cabo mediante un cuestionario online (google formular) creado para tal fin y cuya finalidad fue aumentar la accesibilidad y facilitar la obtención las respuestas con el menor coste de tiempo para las participantes y la familiaridad en el manejo de las herramientas informáticas en el contexto de aplicación de los mismos.

El cuestionario incluía en primer lugar un apartado en el que se describió la naturaleza, objetivos y finalidad del estudio, así como el carácter confidencial, anónimo y voluntario del mismo, garantizando la protección y uso de los datos conforme la legislación vigente. Se les informó que el estudio denominado “Emociones y género” se enmarca en dentro de las líneas de investigación del Grupo de Investigación “Estilos psicológicos, género y salud” y que estaba dirigida por la Dra. Marta E. Aparicio y Marta A. Giménez Páez, ambas psicólogas, pertenecientes a la Universidad Complutense de Madrid y que constituiría parte de la Tesis doctoral de la autora.

Respecto al objetivo del estudio, se explicó genéricamente que consistía en “*conocer la relación existente entre procesos cognitivos, emociones y factores psicosociales de género, relevantes para la salud psicológica de las personas*”. Se destacaba que la participación era totalmente voluntaria y que consistía en completar una serie de preguntas relacionadas con lo anterior. Todos los datos obtenidos a través de estos cuestionarios están exclusivamente relacionados con las

variables analizadas en este estudio. Se garantizaba que en ningún momento se pediría otro tipo de información no relevante con dicha finalidad. El anonimato y la confidencialidad de datos obtenidos estaban protegidos y serían respetados en todo momento conforme la ley vigente (Ley 15/1999 de 13 de diciembre). Los datos serán tratados de forma anónima y en ningún momento se transmitirán a terceros ni a ninguna institución pública o privada sin un consentimiento expreso y por escrito de la persona.

Las instrucciones para participar fueron las siguientes: *“Por favor, rellene estas preguntas contenidas en el cuestionario online en una sola sesión y el plazo más breve posible. Intente contestarlo en un momento en el que esté tranquila y piense que no le vayan a interrumpir”*.

También se ofreció la posibilidad de contactar con la autora de la investigación a través de una dirección de correo personal, para cualquier información que necesitara, indicando en el asunto “INVESTIGACIÓN EMOCIONES Y GÉNERO”.

A continuación, en un segundo apartado denominado “Aceptación del consentimiento informado” la persona debía aceptar participar en el estudio, momento en que podía acceder al contenido del cuestionario, existiendo la posibilidad de responder “lo siento, no estoy interesada en participar en este estudio”, en cuyo caso, directamente se agradecía la atención y finalizaba el procedimiento. Sólo tres personas, de 241 que accedieron a la encuesta para participar en el estudio, rechazaron participar.

Posteriormente se accedía al contenido del cuestionario, en el que debían contestar a las preguntas organizadas por bloques de preguntas. La primera pregunta dentro de los Datos demográficos, que permitía controlar la participación sólo de mujeres, fue sexo. En caso de seleccionar la opción “hombre”, finalizaba automáticamente la aplicación, agradeciendo el interés en la investigación. Tres varones estuvieron interesados en participar en el estudio.

El cuestionario se compuso de 173 preguntas en total y el tiempo aproximado requerido para cumplimentarlo fue de 35-40 minutos. A cada cuestionario cumplimentado se le asignó un código de identificación, para posterior codificación en la base de datos y controlar posibles errores o ausencia de datos en alguna(s) pregunta(s).

8.4.4. Criterios de inclusión

Ser mujer, preferentemente con edades comprendidas entre 19-65 años, que habitualmente trabajaran de forma remunerada fuera del hogar.

8.4.5. Recogida de datos

Se elaboró una carta de presentación en la que se les solicitaba la colaboración y participación voluntaria en el estudio, en el que se incluían las instrucciones para acceder al cuestionario, con el enlace de acceso al mismo. Se les ofrecía la posibilidad de compartirlo con personas cercanas de su entorno social (compañeras de trabajo, amigas y/o familiares) que cumplieran los requisitos de inclusión. De esta manera se pretendía, por un lado, tener una muestra de respuestas procedentes del entorno de empresa con características similares en cuanto a niveles de exigencia y alto rendimiento en el contexto de esta empresa, y por otro, acceder a mujeres de población general cercanas a través de un procedimiento de “bola de nieve”, para aumentar el grado de control sobre determinadas variables que pudieran estar enmascaradas, o contaminar los análisis posteriores (p.e., nivel de percepción de estrés, nivel de salud general, etc.)

Asimismo, se solicitó la colaboración a personas cercanas al entorno de la investigadora, psicólogos/as, alumnos/as en prácticas y amistades, que seleccionaran a personas de su entorno social y familiar que cumplieran los requisitos de inclusión y les invitaran a participar en este estudio para obtener una muestra de respuestas de participantes de la población en general.

El período de recogida de datos se concentró fundamentalmente entre los meses de marzo a junio de 2015, período en el que más respuestas se obtuvieron, si bien se continuó recabando información, con menor intensidad hasta abril de 2016.

8.5. ANALISIS DE DATOS

La entrada, codificación y análisis de datos se realizó con el paquete estadístico SPSS 22.0 para Windows (IBM Corporation, 2013).

Para el estudio de la consistencia interna de las distintas escalas utilizadas en la muestra de se realizaron análisis de fiabilidad mediante el coeficiente alfa de Cronbach (CFNI-40, GHQ-12, PSE, DAS, RRS, PP, TMMS-24).

Para explorar la relación entre las distintas variables sociodemográficas (Tabla 8.2) y variables referentes a salud psicológica y cognitivas (Tabla 8.1), se realizaron correlaciones de Pearson, cuando ambas variables eran cuantitativas (p.e., Edad y CFNI); diferencias de medias T de Student cuando la variable sociodemográfica sólo tenía dos niveles (p.e., Lugar de trabajo) y análisis de varianza (ANOVA) cuando la variable sociodemográfica tenía más de dos niveles (p.e., Región de procedencia). Se introdujeron como variables independientes todas las variables sociodemográficas indicadas en la Tabla 8.2 y como variables dependientes las puntuaciones totales de las escalas y subescalas (GHQ-12, CFNI, RRS, PP, DAS, TMMS-24, PSE). Asimismo,

se realizaron comparaciones múltiples *post hoc* con la prueba de Bonferroni cuando aparecían diferencias significativas, para determinar entre qué grupos se producían las diferencias.

Tras realizar los análisis de correlación y para establecer un modelo predictivo de la contribución de las distintas normas de género femeninas a en las distintas variables de salud psicológica y cognitivas y emocionales, se realizaron los correspondientes análisis de regresión lineal múltiple, utilizando como método de estimación ‘por pasos’ o stepwise. Se utilizó este método de estimación para obtener el modelo que mejor explicara las distintas variables estudiadas. También se introdujo en los modelos las variables edad y contexto de procedencia (externas o empresa), con el objetivo de controlar posibles efectos significativos en función de éstas.

Capítulo 9 Resultados

CAPÍTULO 9. RESULTADOS

En este capítulo se describen los resultados correspondientes en tres apartados. En primer lugar, se presentan los resultados del análisis descriptivo de las características sociodemográficas y de las diferentes variables del estudio. En segundo lugar, se realiza un estudio de las relaciones entre las variables sociodemográficas y variables de estudio con especial énfasis en las variables de género, con el objetivo de identificar influencias relevantes que requieren ser controladas en el contraste de las hipótesis del estudio. En tercer lugar, se describen los resultados en relación a las hipótesis del objetivo de este estudio.

9.1. ANALISIS DESCRIPTIVO

9.1.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Las variables sociodemográficas se describen en la Tabla 9.1.1. Se consideran tanto datos relativos a las *características sociodemográficas personales* (edad, país de origen, estado civil y nivel de estudios) como a las consideradas *características contextuales o situacionales*, que hacen referencia a factores principalmente laborales (situación laboral y tipo de trabajo), contexto de procedencia (contexto empresarial o externas a este contexto), relativas al nivel socioeconómico (medido a través de nivel de ingresos anuales) y la situación de tener o no, familiares (hijos/as y/o mayores) a su cargo.

Tabla 9.1.1. Distribución de frecuencias de características sociodemográficas

		Mujeres (N=237)	
		Frec.	%
País de origen	África	1	0.4
	América del Sur	14	5.9
	Asia	2	0.8
	Europa	12	5.1
	España	208	87.8
Estado civil	Soltera	99	41.8
	Casada	75	31.6
	Divorciada o separada	30	12.7
	Viuda	3	1.3
	Pareja de hecho	30	12.7
Familiares a cargo	No	124	52.3
	Hijos/as	100	42.2
	Familiares mayores	9	3.8
	Si, ambos	4	1.7
Nivel educativo	E. secundarios	13	5.5
	E. universitarios	128	54.0
	F. Profesional	36	15.2
	Master y/o Doctorado	60	25.3
Situación Laboral	Desempleada	38	16.0
	Jornada completa	160	67.5
	Jornada reducida	19	8.0
	Media Jornada	20	8.4
Nivel de ingresos anuales	Ninguno	23	9.7
	Menos de 12.000 €	46	19.4
	Entre 12.001-20.000 €	32	13.5
	Entre 20.001-24.000 €	41	17.3
	Entre 24.001-36.000 €	52	21.9
	Más de 36.000 €	43	18.1
Tipo de trabajo	Atención a clientes	42	17.7
	Oficina	61	25.7
	Técnico	44	18.6
	Otros	90	38.0
Contexto de Procedencia	Grupo empresarial	94	39.7
	Externo al contexto empresarial	143	60.3
Edad		<i>M</i>	<i>DT</i>
		38.75	9.061
Rango		19-63 años	

Nota: *M*: Media; *DT*: Desviación típica,

9.1.2. VARIABLE GÉNERO

En la tabla 9.1.2 se describen los estadísticos de tendencia central, variabilidad, posición y distribución de los datos (simetría y curtosis) obtenidos en la muestra de mujeres en CFNI.

Las mujeres de este estudio tienden a puntuar más alto en las subescalas Doméstica, Romántica, Amabilidad y Apariencia, y por lo tanto las distribuciones de éstas tienen asimetría negativa. Mientras que las restantes subescalas, muestran una asimetría positiva, indicando que las mujeres de esta muestra tienden a puntuar más bajo en ellas.

Los coeficientes de curtosis (g^2) en este conjunto de mujeres indican que los datos en CFNI total y subescala Doméstica se concentran en un grado elevado alrededor de los valores centrales, dando lugar a una distribución leptocúrtica ($g^2 > 0$). Las restantes subescalas siguen una distribución platicúrtica ($g^2 < 0$), excepto en Modestia, que sigue una distribución mesocúrtica ($g^2 = 0$).

Tabla 9.1.2. Estadísticos descriptivos del Inventario de Conformidad con Normas de Género Femeninas (CFNI)

	M	D.T.	MD	Mín.	Máx.	Coefficiente Asimetría	Coefficiente Curtosis
CFNI Total	110.29	11.74	111	65	145	-.44	1.65
Apariencia	14.16	3.03	14	5	20	-.89	-1.33
Cuidado de niños/as	13.80	4.07	14	5	20	1.88	-2.22
Doméstica	16.79	2.77	17	7	20	-5.62	1.74
Modestia	10.69	3.29	10	5	19	2.35	.00
Amabilidad	15.08	2.36	15	7	20	-1.14	.06
Romántica	14.36	2.41	15	8	19	-3.24	.09
Fidelidad sexual	13.07	3.59	13	5	20	1.38	-2.72
Delgadez	12.32	4.19	12	5	20	.65	-2.54

Nota: CFNI: Conformidad con Normas de Género Femeninas; M: media; D.T.: desviación típica, MD: mediana; Mín: valor mínimo; Máx: valor máximo. N=237 mujeres.

9.1.3. VARIABLE SALUD PSICOLÓGICA AUTOPERCIBIDA

La salud psicológica en este estudio se ha medido a través del GHQ-12 considerando las puntuaciones totales, así como las dos propuestas multidimensionales del mismo.

En la tabla 9.1.3 se describen los estadísticos de tendencia central, variabilidad, posición y distribución de frecuencias (asimetría y curtosis) en esta muestra. Se observa una asimetría positiva en todas las escalas del GHQ-12, indicando que las mujeres de este estudio tienden a puntuaciones bajas en estas dimensiones. La concentración de datos sigue una distribución

leptocúrtica para los factores FII (Desajuste social), F2 (Autoestima) y F3 (Estrés), mientras que siguen una distribución platicúrtica en GHQ-Total, F1 (Afrontamiento) y FI (síntomas ansioso-depresivos).

En cuanto a los valores de media obtenidos en el total de la escala (GHQ-Total) se obtiene una media de 14.32 ($DT= 7.056$) más elevada respecto a la encontrada en la adaptación a población general española en mujeres ($M= 9.30$; $DT = 5.45$) por Sánchez-López y colaboradores (2008). El tamaño de la diferencia, calculado mediante el coeficiente de Cohen (d) entre ambas es grande ($d = .8$).

Tabla 9.1.3. Estadísticos descriptivos del Cuestionario de Salud General (GHQ-12)

	M	D.T.	MD	Mín.	Máx.	Coeficiente Asimetría	Coeficiente Curtosis
GHQ-Total	14.32	7.05	12	2	34	4.98	-1.02
FI - Síntomas	8.65	4.57	8	1	21	4.08	-.79
FII- Desajuste social	5.7	2.86	5	0	14	3.47	1.07
F1- Afrontamiento	8.45	3.91	8	1	18	2.93	-1.92
F2 -Autoestima	3.62	2.57	3	9	14	7.40	2.63
F3 -Estrés	2.26	1.23	2	0	6	2.79	1.04

Nota: GHQ-Total: puntuaciones totales en Cuestionario de Salud General; M: media; D.T.: desviación típica, MD: mediana; Mín: valor mínimo; Máx: valor máximo. N=237 mujeres.

9.1.4. VARIABLE PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE ESTRÉS

En la tabla 9.1.4 se describen los estadísticos relativos a tendencia central, variabilidad, posición y distribución (asimetría y curtosis) obtenidos en la Escala de Percepción Subjetiva de Estrés abreviada (PSE-10) en el conjunto de participantes de este estudio (N=237 mujeres).

El valor de media obtenido en esta muestra es similar al informado en la adaptación a población general española en mujeres (Remor, 2006) que fue de 18.9 ($DT=6.7$).

Existe una asimetría positiva, indicando que las mujeres de este estudio tienden a puntuar bajo en esta variable. La distribución de los datos es platicúrtica.

Tabla 9.1.4. Estadísticos descriptivos de la Escala de Percepción de Estrés (PSE)

	M	D.T.	MD	Mín.	Máx.	Coeficiente Asimetría	Coeficiente Curtosis
PSE-Total	18.79	6.88	19	3	39	1.41	-1.46

Nota: PSE-Total: puntuaciones totales en la escala Percepción de Estrés; M: media; D.T.: desviación típica, MD: mediana; Mín: valor mínimo; Máx: valor máximo. N=237 mujeres.

9.1.5. VARIABLE CREENCIAS Y ACTITUDES DISFUNCIONALES

Se observa una asimetría negativa en todas las escalas (total y subescalas), indicando que las mujeres de este estudio tienden a puntuar alto en mayor medida en la Escala de actitudes disfuncionales Total (DAS-Total) y en la subescala Éxito, seguida por Perfeccionismo y Autonomía.

La distribución de los datos sigue una distribución platicúrtica en todas ellas, excepto en DAS-Total, que es leptocúrtica.

Tabla 9.1.5. Estadísticos descriptivos de la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS)

	M	DT	MD	Mín.	Máx.	Coefficiente Asimetría	Coefficiente Curtosis
DAS Total	116.69	23.26	119	40	170	-3.65	.81
1.Aprobación	15.60	4.10	16	5	25	-1.29	-.94
2.Amor	15.91	4.33	16	5	25	-1.74	-1.51
3.Éxito	18.13	5.07	19	5	25	-3.06	-1.99
4.Perfeccionismo	17.59	4.59	18	5	25	-2.63	-1.67
5. Derechos	16.94	3.80	17	6	25	-1.46	-.75
6.Omnipotencia	15.67	3.82	16	6	25	-.46	-.41
7. Autonomía	16.82	4.00	17	6	25	-2.34	-.99

Nota: DAS Total: puntuaciones totales en la Escala de Actitudes Disfuncionales; M: media; D.T.: desviación típica, MD: mediana; Mín: valor mínimo; Máx: valor máximo. N=237 mujeres.

9.1.6. VARIABLE INTELIGENCIA EMOCIONAL AUTOPERCIBIDA

En la Tabla 9.1.6. se describen los estadísticos de tendencia central, variabilidad, posición y distribución de los datos en el conjunto de datos que componen la muestra.

Todas las escalas y subescalas muestran asimetría negativa, indicando que las mujeres de este estudio tienden a puntuar alto en las mismas. Asimismo, la agrupación de valores en la escala total y subescalas siguen una distribución platicúrtica con valores de curtosis menores a 0.

Tabla 9.1.6. Estadísticos descriptivos de la Escala Rasgo Meta Estado de Ánimo (TMMS-24)

	M	DT	MD	Mín.	Máx.	Coefficiente Asimetría	Coefficiente Curtosis
TMMS-Total	85.73	12.87	87	48	116	-1.30	-.37
Atención Emocional	28.59	6.66	29	13	40	-1.14	-2.24
Comprensión Emocional	28.08	6.28	28	14	40	-1.25	-1.89
Regulación Emocional	29.06	6.07	29	13	40	-.99	-1.65

Nota: TMMS-Total: puntuación total en la Escala Meta-Estado de Ánimo = Inteligencia Emocional Autopercebida; M: media; D.T.: desviación típica, MD: mediana; Mín: valor mínimo; Máx: valor máximo. N=237 mujeres.

9.1.7. VARIABLE RESPUESTAS RUMIATIVAS

En la Tabla 9.1.7 se describen los estadísticos de tendencia central, variabilidad, posición y distribución de los valores en la muestra de mujeres de este estudio, distinguiendo las puntuaciones totales (RRS-Total) y las dos subescalas: reflexión (RRS-Reflexión) y reproches (RRS-Reproches).

Los valores de media obtenidos en esta muestra son más elevados que los hallados en la adaptación a población española. Las puntuaciones medias obtenidas en la escala de respuestas rumiativas totales, en nuestra muestra general, es más elevada que las halladas en el estudio de adaptación (Hervás, 2008) de la escala a la población general española (45.5; $DT=12.6$). Al igual que en las subescalas o dimensiones *Reflexión* y *Reproches* que son más elevadas respectivamente a las obtenidas en la adaptación (10.2; $DT=3.2$ y 10.4; $DT=3.5$) siendo la diferencia entre ellas, pequeña (con valores de $d = .17$ para RRS-Total, RRS-Reflexión y $d = .19$ para RRS-Reproches).

La distribución de datos muestra una asimetría positiva, indicando que las mujeres de esta muestra tienden a puntuar bajo en estas variables. Los coeficientes de curtosis reflejan que una distribución platicúrtica, con valores menores a 0.

Tabla 9.1.7. Estadísticos descriptivos de la Escala de Respuestas Rumiativas (RRS)

	M	DT	MD	Mín.	Máx.	Coeficiente Asimetría	Coeficiente Curtosis
RRS-Total	47.84	14.95	47	23	87	2.30	-2.30
Reflexión	10.80	3.645	11	5	20	2.14	-1.64
Reproches	11.12	3.914	11	5	20	2.52	-2.2

Nota: RRS-Total: puntuación total en respuestas rumiativas; M: media; D.T.: desviación típica, MD: mediana; Mín: valor mínimo; Máx: valor máximo. N=237 mujeres.

9.1.8. VARIABLE CREENCIAS SOBRE PREOCUPACIÓN

En esta muestra de mujeres, los valores de media obtenidos tanto en la escala ¿Por qué preocuparse? (PP-Total), como en ambos factores (PRENA y PREPP) son más elevados que los hallados por González y colaboradores (2006) en la adaptación a población española, cuyos valores fueron respectivamente de 18.86 ($DT=6.52$) y 22.32 ($DT= 7.69$), siendo el tamaño de la diferencia mediano ($d= .62$ para PRENA y $.63$ para PREPP). En la tabla 9.1.8 se detallan los estadísticos descriptivos correspondientes.

En cuanto al coeficiente de asimetría, los datos muestran una asimetría positiva, indicando que las mujeres de esta muestra tienden a puntuar bajo. Respecto a la concentración de valores en

torno a valores centrales (coeficiente de curtosis) los datos siguen una distribución platicúrtica con valores menores a 0.

Tabla 9.1.8. Estadísticos descriptivos de la escala ¿Por qué preocuparse? (¿PP?)

	M	DT	MD	Mín.	Máx.	Coeficiente Asimetría	Coeficiente Curtosis
PP-Total	50.80	14.958	51	22	94	.99	-1.23
PRENA	23.58	8.464	23	10	47	1.93	-2.05
PREPP	27.22	7.718	28	10	47	.18	-1.25

Nota: PP-Total: puntuaciones totales en el cuestionario ¿por qué preocuparse?; PRENA: Preocupación como afrontamiento negativo; PREPP: Preocupación como perfeccionismo positivo; M: media; D.T.: desviación típica, MD: mediana; Mín: valor mínimo; Máx: valor máximo. N=237 mujeres.

9.2. ESTUDIO DE RELACIONES ENTRE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y VARIABLES DE ESTUDIO

Se analizaron las relaciones entre las variables sociodemográficas (Tabla 9.1.1) y las variables de estudio, con el objetivo de identificar posibles influencias relevantes para el objetivo central de estudio: influencia de las normas de género femeninas en variables de vulnerabilidad cognitiva y salud psicológica de las mujeres.

Este apartado se organiza por variable sociodemográfica, en el que se describen los resultados obtenidos. En primer lugar, se describen los relativos a las relaciones significativas halladas respecto al género y, en segundo lugar, respecto al resto de variables de estudio.

9.2.1. EDAD

La variable edad correlaciona significativamente con CFNI Total y con tres subescalas del mismo cuestionario: Modestia, Romántica y Fidelidad Sexual del CFNI. En todos los casos esta correlación es positiva, lo que indicaría que, a más edad mayor conformidad con estas normas de género femeninas (Tabla 9.2.1)

No se encontró ninguna otra relación de la edad con el resto de variables estudiadas.

Tabla 9.2.1. Correlaciones entre Edad y Conformidad con Normas de Género Femeninas (CFNI).

EDAD	<i>r</i>	Sig.
CFNI-T	.14	.033*
1. Apariencia	.06	.364
2. Cuidado de niños/as	-.015	.818
3. Doméstica	.108	.096
4. Modestia	.15	.020*
5. Agradable en relaciones	.001	.988
6. I. R. Románticas	.202	.002**
7. Fidelidad Sexual	.151	.020*
8. Delgadez	-.073	.265

Nota: nivel de correlación (bilateral) * $p < .05$; ** $p < .01$.

CFNI: Conformidad con las Normas de Género Femeninas. N =237 mujeres.

9.2.2. ESTADO CIVIL

El estado civil mostró relaciones significativas con puntuaciones totales de CFNI y con las subescalas: Cuidado de Niños/as y Fidelidad Sexual (ver tabla 9.2.2) y con la subescala Reflexión de la escala de Respuestas Rumiativas ($F=3.07$, $p < .05$)

Las comparaciones a posteriori, realizadas a través de la prueba de Bonferroni, mostraron que aquellas mujeres que están casadas puntúan significativamente más alto en la escala CFNI total ($M=114.59$, $DT=11.39$) que aquellas mujeres que están solteras ($M=106.95$, $DT= 12.01$, $DM= 7.65$, $p < .001$).

Por otro lado, las mujeres que tienen pareja de hecho puntúan significativamente más en Cuidado de Niños/as ($M= 15.70$, $DT=3.61$) que las mujeres solteras ($M=13.04$, $DT= 4.35$, $DM= 2.66$; $p < .05$).

En cuanto a Fidelidad Sexual, las mujeres casadas puntuaron significativamente más alto ($M=14.51$, $DT= 3.05$) que las mujeres con pareja de hecho ($M=12.20$, $DT=3.39$, $DM=2.27$, $p < .05$).

Por último, las mujeres solteras puntúan significativamente más alto en Reflexión ($M = 9.89$, $DT = 3.485$) que las mujeres casadas ($M= 9.89$, $DT = 1.753$, $p < .05$). No se encontraron diferencias significativas con el resto de variables de estudio.

Tabla 9.2.2. Análisis de varianza entre Estado civil y Conformidad con las Normas de Género Femeninas (CFNI)

Género	Estado Civil	M	D.T	F	gl	Sig.
CFNI- T				4.892	4	.001**
	Casada	114.59	11.39			
	Soltera	106.94	12.01			
	Viuda	112.66	8.73			
	Pareja de hecho	109.43	10.39			
	Divorciada o separada	111.23	10.33			
Apariencia				1.975	4	.099
	Casada	14.73	3.12			
	Soltera	13.89	3.02			
	Viuda	13.66	1.15			
	Pareja de hecho	13.13	2.72			
	Divorciada o separada	14.7	3.00			
Cuidado de Niños/as				2.893	4	.023*
	Casada	14.17	3.60			
	Soltera	13.04	4.34			
	Viuda	12.00	5.56			
	Pareja de hecho	15.70	3.61			
	Divorciada o separada	13.70	4.03			
Doméstica				.374	4	.827
	Casada	17.09	2.61			
	Soltera	16.57	2.87			
	Viuda	17.00	2.64			
	Pareja de hecho	16.76	3.21			
	Divorciada o separada	16.80	2.38			
Modestia				1.864	4	.118
	Casada	11.32	3.73			
	Soltera	10.11	3.03			
	Viuda	9.66	2.08			
	Pareja de hecho	10.50	3.28			
	Divorciada o separada	11.33	2.77			
Amabilidad				.226	4	.924
	Casada	15.14	2.38			
	Soltera	14.95	2.25			
	Viuda	14.33	3.78			
	Pareja de hecho	15.16	2.81			
	Divorciada o separada	15.30	2.15			
Romántica				1.736	4	.143
	Casada	14.64	2.03			
	Soltera	14.01	2.62			
	Viuda	16.33	1.52			
	Pareja de hecho	14.13	2.38			
	Divorciada o separada	14.90	2.49			
Fidelidad Sexual				5.536	4	.000**
	Casada	14.51	3.05			
	Soltera	12.24	3.64			
	Viuda	15.66	3.78			
	Pareja de hecho	12.20	3.39			
	Divorciada o separada	12.90	3.82			
Delgadez				.975	4	.422
	Casada	13.07	4.59			
	Soltera	12.11	4.17			
	Viuda	14.00	4.00			
	Pareja de hecho	11.83	4.06			
	Divorciada o separada	11.63	3.60			

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$. En negrita se destacan los grupos en los que encuentran diferencias significativas. M: media; D.T.: desviación típica. N=237 mujeres.

9.2.3. FAMILIARES A CARGO

La variable tener o no familiares a su cargo (hijos/as, familiares mayores, o ambos) sólo se relaciona significativamente con la escala total del CFNI y con las subescalas Cuidado de Niños/as, Romántica y Fidelidad Sexual (Tabla 9.2.3)

Tabla 9.2.3. Análisis de varianza entre familiares a su cargo y Conformidad con las Normas de Género Femeninas (CFNI)

Género	Familiares a cargo	M	D.T	F	gl	Sig.
CFNI- T				12.562	3	.000**
	No	106.17	12.01			
	Si, hijos/as	114.53	9.56			
	Si, familiares mayores	115.33	11.40			
	Sí, ambos	120.75	9.06			
Apariencia				1.786	3	.151
	No	13.81	3.01			
	Si, hijos/as	14.43	2.98			
	Si, familiares mayores	14.88	2.36			
	Sí, ambos	16.50	5.06			
Cuidado de niños/as				5.928	3	.001**
	No	12.87	4.27			
	Si, hijos/as	15.06	3.44			
	Si, familiares mayores	12.66	4.27			
	Sí, ambos	14.00	4.54			
Doméstica				3.138	3	.026
	No	16.35	2.99			
	Si, hijos/as	17.16	2.47			
	Si, familiares mayores	17.77	1.92			
	Sí, ambos	19.25	.50			
Modestia				2.320	3	.076
	No	10.20	3.13			
	Si, hijos/as	11.33	3.39			
	Si, familiares mayores	10.77	3.66			
	Sí, ambos	9.75	2.87			
Amabilidad				.691	3	.558
	No	14.89	2.33			
	Si, hijos/as	15.30	2.37			
	Si, familiares mayores	15.44	2.96			
	Sí, ambos	14.50	1.29			
Romántica				6.482	3	.000**
	No	13.75	2.53			
	Si, hijos/as	14.96	2.15			
	Si, familiares mayores	15.22	1.39			
	Sí, ambos	16.50	1.29			
Fidelidad Sexual				4.892	3	.003**
	No	12.28	3.57			
	Si, hijos/as	13.81	3.35			
	Si, familiares mayores	15.00	4.47			
	Sí, ambos	15.00	2.70			
Delgadez				1.208	3	.308
	No	12.00	4.21			
	Si, hijos/as	12.49	4.00			
	Si, familiares mayores	13.55	4.61			
	Sí, ambos	15.25	7.08			

Nota: ** $p < .01$. En negrita se destacan los grupos en los que encuentran diferencias significativas. M: media; D.T.: desviación típica. N=237 mujeres.

Los resultados obtenidos tras realizar las comparaciones mediante la prueba de Bonferroni muestran que aquellas mujeres que tienen hijos/as a su cargo puntúan significativamente más en la escala total de CFNI ($M=114.53$, $DT=9.57$) que aquellas mujeres que no tienen a nadie a su cargo ($M=106.18$, $DT= 12.01$; $DM = - 8.36$, $p <.001$).

Estos resultados van en el mismo sentido en las tres subescalas: las mujeres que tienen hijos/as a su cargo puntúan significativamente más alto en Cuidado de Niños/as ($M =15.06$, $DT=3.44$), en Romántica ($M=14.96$, $DT= 2.15$) y en Fidelidad sexual ($M= 13.82$, $DT= 3.35$) que aquellas mujeres que no tienen a nadie a su cargo (Cuidado de niños/as: $M =12.87$, $DT=.4.28$; $DM= 2.19$ $p <.01$), Romántica ($M=13.76$, $DT= 2.36$, $DM = 1.20$, $p <.01$); Fidelidad Sexual ($M= 12.28$, $DT= 3.58$; $DM=1.53$, $p<.01$).

No se encontraron relaciones significativas con otras variables de estudio.

9.2.4. NIVEL DE ESTUDIOS

No se hallaron relaciones significativas entre nivel de estudios y CFNI. Si bien, el nivel de estudios (Secundarios, Formación Profesional, Universitarios, Master y/o doctorado) se relaciona con la escala del Cuestionario General de Salud (Factor 2: Autoestima $F=2.83$, $p > .05$) y la dimensión de la Escala de Respuestas rumiativas Reflexión (RRS-Reflexión; $F=3.27$, $p > .05$).

Las comparaciones a posteriori, realizadas mediante la prueba de Bonferroni, mostró que aquellas mujeres que tienen estudios de Formación Profesional muestran mayor afectación en la autoestima ($M = 1.25$, $DT = 1.53$) que las mujeres que han cursado un Máster o Doctorado ($M = .50$, $DT = .8537$). Asimismo, aquellas mujeres que tienen Formación profesional puntúan significativamente más alto en la escala RRS-Reflexión ($M= 12.38$, $DT = 3.94$) que las mujeres que tienen estudios universitarios ($M = 1.25$, $DT = 1.53$).

No se hallaron relaciones significativas entre nivel de estudios y el resto de las variables de estudio.

9.2.8.5. NIVEL DE INGRESOS

No se encuentran relaciones significativas entre el nivel de ingresos y CFNI.

Si bien se relaciona significativamente con la subescala Necesidad de Aprobación de la escala de actitudes disfuncionales DAS ($F = 3.17$, $p < .01$) y percepción de estrés ($F =2.488$, $p <.05$).

Las mujeres que cobran entre 12.000 y 20.000 euros anuales puntúan más alto en Percepción subjetiva de estrés ($M = 21.75$, $DT = 7.23$) que las mujeres que cobran entre 20.000 y 24.000 euros ($M = 16.7$, $DT = 6.86$).

Las mujeres que cobran menos de 12.000 euros anuales puntúan significativamente más alto en Necesidad de Aprobación ($M = 17.06$, $DT = 3.54$) que las mujeres que cobran más de 36.000 euros al año ($M = 14$, $DT = 3.06$, $p < .01$).

No se encontraron relaciones significativas con ninguna de las restantes variables del estudio.

9.2.6. TIPO DE TRABAJO

La variable Tipo de Trabajo (Atención al Cliente, Técnico, Oficina u Otro) se relaciona significativamente con la subescala Delgadez del CFNI ($F = 5.923$, $p < .01$), Necesidad de Aprobación de la escala de actitudes disfuncionales DAS ($F = 3.56$, $p < .05$) y el componente de Regulación emocional de la escala TMMS-24 ($F = 2.98$, $p < .05$).

Las comparaciones de Bonferroni mostraron que aquellas mujeres que trabajan en Oficina ($M = 13.65$, $DT = 4.26$) puntúan significativamente más alto en la escala de Delgadez que las mujeres que trabajan en 'Otra' categoría laboral ($M = 11.17$, $DT = 4.11$; $DM = 2.48$, $p < .05$).

Las comparaciones de Bonferroni mostraron que aquellas mujeres que trabajan en puestos de trabajo relacionados con la Atención al Cliente ($M = 2.63$, $DT = .832$) y Oficina ($M = 2.73$, $DT = .854$) puntúan significativamente más alto en la escala de Delgadez del CFNI, que las mujeres que trabajan en Otro tipo de trabajo ($M = 2.20$, $DT = .805$; DM con Atención al Cliente = .433, $p < .05$; DM con trabajo de Oficina = .531, $p < .05$).

Por otro lado, las mujeres que trabajan en el ámbito de la Atención al cliente puntúan significativamente más en la subescala Necesidad de Aprobación de la escala DAS ($M = 16.90$, $DT = 4.23$) y en el componente de Regulación emocional de la escala TMMS-24 ($M = 31.19$, $DT = 5.60$) que las mujeres que trabajan en Oficina (Necesidad de Aprobación: $M = 2.73$, $DT = 8.53$; $DM = 2.57$, $p < .05$; Regulación Emocional: $M = 27.57$, $DT = 6.29$; $DM = 3.61$, $p < .05$).

9.2.7. SITUACIÓN LABORAL

No se encontraron relaciones significativas entre esta variable (Desempleada, Jornada completa, Jornada Parcial, Media Jornada) con ninguna variable del estudio.

9.2.8. ENTORNO DE PROCEDENCIA

Esta variable hace referencia al contexto de trabajo (dentro del contexto del grupo de empresas multinacional o ser ajenas al mismo). Se encuentran relaciones significativas en función de trabajar o no en este contexto empresarial respecto a conformidad con normas de género femeninas (CFNI), puntuaciones en el cuestionario de salud general (GHQ-12) y percepción de estrés (PSE), que se detallan a continuación. No se encuentran relaciones significativas con el resto de las variables de estudio.

Las mujeres empleadas en este grupo empresarial multinacional, comparten características relativas a las demandas y situaciones potencialmente generadoras de estrés, tales como prestación de servicios y alto rendimientos en distintos puestos de trabajo y funciones laborales. El resto de las participantes son mujeres igualmente de población general pero externas a este contexto empresarial.

La finalidad de este análisis ha sido verificar las diferencias y las similitudes en las variables de estudio, con el objeto de considerar el control de las variables en las que son equiparables y efectuar el control de variables pertinentes.

9.2.8.1. Diferencias en conformidad con normas de género femeninas:

Se analizan las diferencias de media con la *t* de Student para muestras independientes y encuentran diferencias estadísticamente significativas en la escala total de conformidad con normas de género femeninas (CFNI total) y cuatro subescalas: Doméstica, Modestia, Fidelidad Sexual y Delgadez, obteniéndose valores de media más altos en el grupo de mujeres que trabajan en el contexto empresarial multinacional.

Tabla 9.2.4. Estadísticos de contraste de medias en Conformidad con las Normas de Género Femeninas (CFNI) por contexto de procedencia

	Mujeres Externas (N=143)		Mujeres Empresa (N=94)		<i>t</i>	gl	Sig.
	M	D.T	M	D.T			
CFNI Total	107.47	11.31	114.58	11.13	-4.763	235	.000*
Apariencia	14.17	2.92	14.13	3.11	.091	235	.928
Cuidado de Niños/as	13.52	4.12	14.23	4.02	-1.314	235	.190
Doméstica	16.44	2.53	17.34	2.85	-2.476	235	.014*
Modestia	10.02	3.40	11.71	3.04	-3.992	235	.000*
Amabilidad	14.90	2.60	15.34	2.18	-1.377	235	.170
Romántica	14.13	2.43	14.71	2.38	-1.796	235	.074
Fidelidad Sexual	12.52	3.45	13.90	3.64	-2.942	235	.004*
Delgadez	11.74	4.10	13.20	4.17	-2.655	235	.008*

Nota: * $p < .05$. CFNI-Total: puntuación total en el Inventario de conformidad con normas de género femeninas. M: media; D.T.: Desviación típica. Externas: mujeres de población general que no trabajan en el contexto del grupo empresarial. Empresa: mujeres de población general que trabajan en el contexto del grupo empresarial multinacional.

9.2.8.2. Diferencias en salud psicológica autopercebida:

En la Tabla 9.2.5 se presentan los resultados de los contrastes de medias, desviación típica entre ambos grupos de mujeres en función del contexto de procedencia (contexto empresarial multinacional o externas al mismo).

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$) entre las puntuaciones medias en GHQ-Total, así como en los factores I (síntomas ansioso-depresivos), factor II (desajuste social) y en el factor 2 (autoestima), obteniendo puntuaciones más elevadas las mujeres del contexto empresarial.

Tabla 9.2.5. Diferencias de medias en el Cuestionario de Salud General (GHQ-12) en función del contexto de procedencia

	Mujeres Externas (N=143)		Mujeres Empresa (N=94)		<i>t</i>	gl	Sig.
	M	D.T	M	D.T			
GHQ-Total	13.39	6.61	15.72	7.51	-2.517	235	.013*
GHQ_F1 (ansioso-depresivos)	8.08	4.31	9.52	4.83	-2.401	235	.017*
GHQ_F2 (desajuste social)	5.36	2.75	6.20	2.96	-2.223	233	.027*
GHQ_F1 (Afrontamiento)	8.08	3.79	9.01	4.04	-1.805	235	.072
GHQ_F2 (Autoestima)	3.18	2.33	4.30	2.77	-3.344	235	.001*
GHQ_F3 (Estrés)	2.16	1.15	2.41	1.34	-1.534	233	.126

Nota: * $p < .05$. GHQ-Total: puntuación total en el Cuestionario de Salud General. M: Media; D.T: Desviación típica. Externas: mujeres de población general que no trabajan en el contexto del grupo empresarial. Empresa: mujeres de población general que trabajan en el contexto del grupo empresarial multinacional

9.2.8.3. Diferencias en percepción subjetiva de estrés

Se encuentran diferencias significativas (de $t = -2.177$; $p = .03$) en percepción subjetiva de estrés (PSE-Total) entre las mujeres de la población general ($M=18.01$; $DT= 6.48$) y las mujeres de consultoría de empresa ($M= 19.99$; $DT= 7.34$), que puntúan más alto.

9.2.8.4. Diferencias en creencias disfuncionales, respuestas rumiativas, creencias sobre preocupación y componentes de inteligencia emocional autopercebida.

No se encuentran diferencias significativas en función del contexto de procedencia (empresa y externas al contexto empresarial) en el resto de las variables de estudio, como puede apreciarse en las Tablas 9.2.6; 7; 8; 9 que resumen los resultados obtenidos y se describen a continuación.

Como puede observarse en la Tabla 9.2.6 no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias de las subescalas ni en la escala total entre mujeres que trabajan en el contexto empresarial y las externas al mismo.

Tabla 9.2.6 Estadísticos de contraste de medias en la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) por contexto de procedencia

	Mujeres Externas (N=143)		Mujeres Empresa (N=94)		t	gl	Sig.
	M	D.T	M	D.T			
DAS-Total	116.83	23.17	116.47	23.52	.116	235	.907
Aprobación	15.86	3.99	15.21	4.24	1.190	235	.235
Amor	15.92	4.10	15.90	4.67	.033	235	.974
Éxito	17.96	5.06	18.41	5.08	-.678	235	.498
Perfeccionismo	17.64	4.60	17.53	4.60	.182	235	.856
Dcho. sobre los otros	16.74	3.82	17.26	3.79	-1.016	235	.310
Omnipotencia	15.69	3.64	15.63	4.08	.106	235	.915
Autonomía	17.02	3.87	16.52	4.05	.939	235	.349

Nota: * $p < .05$; DAS-Total: puntuación total en la escala de Actitudes Disfuncionales; M: Media, D.T: desviación típica. Externas: mujeres de población general que no trabajan en el contexto del grupo empresarial. Empresa: mujeres de población general que trabajan en el contexto del grupo empresarial multinacional

Tampoco se encuentran diferencias significativas en puntuaciones medias entre ambos grupos de mujeres ni en metaconocimiento emocional autopercebido (TMMS-Total) ni en los tres componentes o habilidades emocionales: Atención emocional (AE), Comprensión emocional (CE) y Reparación o regulación Emocional (RE), como puede observarse en la tabla 9.2.7.

Tabla 9.2.7. Estadísticos de contraste de media en la Escala de Meta Estados de Ánimo (TMMS-24) por contexto de procedencia

	Mujeres Externas (N=143)		Mujeres Empresa (N=94)		t	gl	Sig.
	M	D.T	M	D.T			
TMMS_Total	85.82	12.76	85.59	13.10	.134	235	.894
Atención (AE)	28.71	6.66	28.40	6.69	.349	235	.728
Comprensión (CE)	28.31	6.24	27.72	6.34	.708	235	.479
Regulación (RE)	27.72	5.80	29.47	6.46	-.832	235	.406

Nota: * $p < .05$; TMMS-Total: Inteligencia emocional autopercebida; M: media; DT: desviación típica. Externas: mujeres de población general que no trabajan en el contexto del grupo empresarial. Empresa: mujeres de población general que trabajan en el contexto del grupo empresarial multinacional

Tampoco se encuentran diferencias significativas ni en la escala total de respuestas rumiativas (RRS-Total), ni en las dos dimensiones o subescalas (RRS_Reflexión y RRS_Reproches) entre mujeres del contexto empresarial o ajenas al mismo (Tabla 9.2.8.).

Tabla 9.2.8. Estadísticos de contraste de medias para la Escala de Respuestas Rumiativas (RRS) por contexto de procedencia

	Mujeres Externas (N=143)		Mujeres Empresa (N=94)		<i>t</i>	gl	Sig.
	M	D.T	M	D.T			
RRS-Total	47.13	14.60	48.91	15.49	-.897	235	.371
RRS_Reflexión	10.75	3.79	10.88	3.42	-.263	235	.793
RRS_Reproches	10.87	3.93	11.51	3.88	-1.226	235	.221

Nota: * $p < .05$; RRS-Total: puntuación total en la Escala de Respuestas Rumiativas; RRS-Reflexión: puntuación en el componente reflexión de la rumiación; RRS-Reproches: puntuación en el componente cavilativo o reproches de la rumiación; M: media; D.T: Desviación típica. Externas: mujeres de población general que no trabajan en el contexto del grupo empresarial. Empresa: mujeres de población general que trabajan en el contexto del grupo empresarial multinacional

Asimismo, tampoco se encuentran diferencias entre mujeres que proceden del contexto empresarial o externo al mismo en creencias sobre preocupación (PP-total y los dos factores) como puede observarse en la Tabla 9.2.9.

Tabla 9.2.9. Estadísticos de contraste de medias para la escala ¿Por Qué Preocuparse? (¿PP?) por contexto de procedencia

	Mujeres Externas (N=143)		Mujeres Empresa (N=94)		<i>t</i>	gl	Sig.
	M	D.T	M	D.T			
PP-Total	50.30	14.46	51.57	15.74	-.640	235	.522
PRENA	23.24	8.26	24.11	8.79	-.772	235	.441
PREPP	27.06	7.50	27.46	8.07	-.395	235	.694

Nota: * $p < .05$. PP-total: puntuación total en el cuestionario. PRENA: preocupación como afrontamiento negativo; PREPP: preocupación como perfeccionismo positivo; M: Media; DT: Desviación típica. Externas: mujeres de población general que no trabajan en el contexto del grupo empresarial. Empresa: mujeres de población general que trabajan en el contexto del grupo empresarial multinacional.

Por tanto, para los objetivos de este estudio, se pueden considerar equiparables en las variables de estudio, procediendo al contraste de hipótesis en el conjunto total de participantes y se tendrán en cuenta las diferencias del contexto laboral de procedencia en los análisis pertinentes, que pudieran influir en los resultados.

9. 3. OBJETIVO: ANALIZAR LAS RELACIONES ENTRE CONFORMIDAD CON NORMAS DE GÉNERO Y VARIABLES DE SALUD PSICOLÓGICA Y COGNITIVO-EMOCIONALES.

En primer lugar, se analizan las relaciones entre las distintas variables de estudio, sin considerar la influencia de las normas de género, con el objetivo de clarificar qué variables influyen en la salud psicológica autopercebida y en que porcentajes contribuyen a explicar su variabilidad (Hipótesis 1) y posteriormente se procede a describir los resultados obtenidos en el contraste de las hipótesis planteadas en torno a la influencia de la conformidad con normas de género femeninas a las distintas variables de estudio.

Se consideran variables de control la edad y el contexto de procedencia como variables sociodemográficas en los distintos análisis de regresión realizados.

Para comprobar cada una de las hipótesis se realiza un estudio de correlaciones entre las variables pertinentes en cada predicción realizada, considerando puntuaciones totales y dimensiones correspondiendo con el grado de especificidad planteado en cada momento. Posteriormente se realizarán los correspondientes análisis de regresión lineal múltiples para establecer el modelo predictivo de la contribución de las normas de género específicas en las distintas variables de estudio consideradas. Las ecuaciones de regresión se expresan en coeficientes estandarizados.

9.3.1. Hipótesis 1: Mayor puntuación en el cuestionario de salud general se relaciona y es predicha por mayor percepción de estrés, rumiación, creencias disfuncionales, creencias sobre la preocupación.

En la Tabla 9.3.1 se muestran las relaciones obtenidas entre las variables salud psicológica autopercebida (GHQ-Total), percepción subjetiva de estrés (PSE), respuestas rumiativas (RRS-Total), Creencias disfuncionales (DAS-Total) y Creencias sobre preocupación (PP-Total). Todas son estadísticamente significativas ($p < .01$).

La salud psicológica autopercebida (GHQ-total) muestra relaciones positivas y significativas en mayor proporción con percepción subjetiva de estrés (PSE), seguida de respuestas rumiativas (RRS- total) con valores de r moderados-altos y algo más bajos con creencias disfuncionales (DAS-total) y creencias sobre preocupación (PP-total), de acuerdo y en el sentido de lo hipotetizado.

Tabla 9.3.1. Matriz de correlaciones entre Cuestionario de Salud General, Percepción Subjetiva de Estrés, Creencias Disfuncionales, Por Qué Preocuparse y Respuestas Rumiativas

	1	2	3	4	5
1. GHQ-T	1				
2. PSE	.719**	1			
3. DAS-T	.427**	.458**	1		
4. PP-T	.400**	.486**	.481**	1	
5- RRS-T	.645**	.668**	.459**	.557**	1

Nota: (**) correlación significativa al nivel .01 (bilateral). GHQ-T: puntuación total en el cuestionario de salud general GHQ-12; PSE: Puntuación total en la escala de Percepción Subjetiva de Estrés; DAS-T: puntuación total en la escala de Actitudes Disfuncionales DAS; PP-T: puntuación total en la escala ¿Por qué preocuparse?; RRS-T: puntuación en la escala de Respuestas Rumiativas. N = 237 mujeres.

Sin embargo, para contrastar qué variables explican su varianza, se procedió a realizar un análisis de regresión lineal múltiple (Tabla 9.3.2).

Tabla 9.3.2. Análisis de regresión lineal múltiple por pasos sucesivos para Cuestionario de Salud General, Percepción Subjetiva de estrés, Respuestas Rumiativas, Creencias Disfuncionales y Por qué Preocuparse

		B	β	R ² ajustado	F
GHQ-T	PSE	.540	.528**	.563	151.31**
	RRS-T	.136	.288**		

Nota. * $p < .05$ ** $p < .01$; B= coef. de regresión sin estandarizar; β = coeficiente de regresión estandarizado; R²: porcentaje de varianza explicada sin estandarizar; F= estadístico de contraste. GHQ-T: puntuación total en el cuestionario de salud general GHQ-12; PSE: Puntuación total en la escala de Percepción Subjetiva de Estrés; RRS-T: puntuación en la escala de Respuestas Rumiativas. N = 237 mujeres.

El análisis de regresión para GHQ-total (controlando por edad y contexto de procedencia) generó dos modelos incluyendo en el segundo todas las variables con significación estadística ($F = 151.31$, $p < .05$) que explicaban el 56.3% de su varianza, indicando que a mayores puntuaciones en percepción subjetiva de estrés ($\beta = .528$; $p < .05$) y respuestas rumiativas ($\beta = .288$, $p < .05$), mayores puntuaciones se obtienen en GHQ-12, indicativas de peor salud psicológica autopercebida.

La ecuación de regresión que se obtiene para explicar el 56.3% de las puntuaciones totales de GHQ (salud psicológica autopercebida) es la siguiente:

$$\text{Puntación total en GHQ} = .528 * \text{PSE} + .288 * \text{RRS-Total}$$

Por tanto, si bien se encuentran relaciones positivas y significativas entre mayores puntuaciones en salud psicológica, creencias disfuncionales y creencias sobre la preocupación, la percepción subjetiva de estrés y las respuestas rumiativas totales resultaron ser las variables predictoras del 56.3% de la varianza en salud psicológica autopercebida total.

9.3.2. Hipótesis 2: Mayor conformidad con normas de género femeninas totales se relaciona positivamente y predice mayores puntuaciones en salud psicológica, percepción de estrés, rumiación, creencias disfuncionales, creencias disfuncionales y mayor atención emocional.

En la Tabla 9.3.3 muestran los valores de correlación hallados entre CFNI total y las variables. Tal como se hipotetizó, se encuentran relaciones significativas y positiva entre todas ellas, excepto para atención emocional, que no resultó significativa.

Tabla 9.3.3. Matriz de correlaciones entre Conformidad con las Normas de Género Femeninas, Cuestionario de Salud General, Percepción Subjetiva de Estrés, Respuestas Rumiativas, Creencias Disfuncionales, Por Qué Preocuparse y Atención Emocional

	1	2	3	4	5	6	7
1. GHQ-T	1						
2. PSE	.719**	1					
3. RRS-T	.645**	.668**	1				
4. DAS-T	.422**	.449**	.458**	1			
5- PP-T	.400**	.486**	.557**	.478**	1		
6. TMMS-AE	.262**	.327**	.427**	.150*	.371**	1	
7. CFNI-T	.257**	.255**	.191**	.411**	.267**	.096	1

Nota: (**) la correlación es significativa al nivel .01 (bilateral). (*) la correlación es significativa al nivel .05 (bilateral). GHQ-T: puntuación total en el cuestionario de salud general GHQ-12; PSE: Puntuación total en la escala de Percepción Subjetiva de Estrés; DAS-T: puntuación total en la escala de Actitudes Disfuncionales DAS; PP-T: puntuación total en la escala ¿Por qué preocuparse?; RRS-T: puntuación en la escala de Respuestas Rumiativas; TMMS-AE: puntuación en Atención Emocional. CFNI-T: puntuaciones en la escala total de Conformidad con las Normas de Género Femeninas. N= 237 mujeres.

Con el objetivo de analizar si CFNI total explica la varianza de las seis variables consideradas, se realizaron los correspondientes análisis de regresión simple, considerando la variable CFNI como predictora, controlando por edad y por contexto de procedencia. Los resultados confirman lo hipotetizado, excepto para Atención Emocional, en la que CFNI total no explica la varianza en ésta (Tabla 9.3.4).

Tabla 9.3.4. Análisis de regresión lineal simple entre Conformidad con las Normas de Género Femeninas, Cuestionario de Salud General, Percepción Subjetiva de Estrés, Respuestas Rumiativas, Creencias Disfuncionales y Por Qué Preocuparse

		B	β	R ² ajustado	F
GHQ-T	CFNI Total	.142	.237***	.07	6.88 ***
PSE	CFNI Total	.141	.241***	.06	6.19***
RRS-T	CFNI Total	.250	.197 **	.03	3.25*
DAS-T	CFNI Total	.887	.448***	.17	16.98***
PP-T	CFNI Total	.371	.292***	.08	7.86***

Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; B = coeficiente de regresión sin estandarizar; β = coeficiente de regresión estandarizado; R^2 : porcentaje de varianza explicada ajustado; F = estadístico de contraste; GHQ-T: puntuación total en el cuestionario de salud general GHQ-12; PSE: Puntuación total en la escala de Percepción Subjetiva de Estrés; DAS-T: puntuación total en la escala de Actitudes Disfuncionales DAS; PP-T: puntuación total en la escala ¿Por qué preocuparse?; RRS-T: puntuación en la escala de Respuestas Rumiativas; CFNI-T: puntuaciones en la escala total de Conformidad con las Normas de Género Femeninas. $N = 237$ mujeres.

La conformidad con normas de género femeninas totales predice significativamente mayores puntuaciones en salud psicológica total (GHQ-Total, 7%), mayores puntuaciones en percepción subjetiva de estrés (PSE, 6%), más respuestas rumiativas (RRS-Total, 3%), creencias sobre la preocupación (PP-Total, 8%) y especialmente creencias disfuncionales totales (DAS, 17%), aún controlando por edad y el contexto de laboral o precedencia.

9.3.3. Hipótesis 3: La conformidad con las normas de género femeninas (Cuidado de Niños/as, Modestia, Amabilidad, Romántica, Fidelidad y Delgadez) se relacionan positivamente y predicen peor salud psicológica, mayores síntomas ansioso-depresivos, desajuste social, dificultades en afrontamiento exitoso, afectación a la autoestima y estrés.

Para comprobar esta hipótesis se realizó un estudio de correlaciones entre las subescalas del Inventario de Conformidad con las Normas de Género (CFNI) y del Cuestionario General de Salud (GHQ-12) y los distintos factores del mismo. Los resultados se recogen en la matriz de correlaciones (Tabla 9.3.5).

Se observa que CFNI-Total, Modestia y Delgadez se relacionan con GHQ-Total y todos los factores de mismo. La subescala Amabilidad (excepto F2- autoestima y F3-estrés) y Romántica (excepto con FII – desajuste social) se asocian con GHQ-total y factores considerados.

Contrariamente a lo hipotetizado, no se encuentran relaciones significativas con subescalas del CFNI (Cuidado de Niños/as y Fidelidad Sexual) en relación con salud psicológica en ninguna de las dimensiones consideradas.

Tras realizar los análisis de correlación y para establecer un modelo predictivo de la contribución de las distintas normas género femeninas a la salud psicológica autopercebida se realiza un análisis de regresión lineal múltiple, utilizando como método de estimación ‘por pasos’ o *stepwise*. Se utilizó este método de estimación para obtener el modelo que mejor explicara las distintas variables de salud psicológica. También se introdujo en el modelo las variables edad y contexto de procedencia, debido a que estas variables también afectan a las variables de salud psicológica (Tabla 9.3.6)

Tabla 9.3.5. Matriz de correlaciones entre Conformidad con las Normas de Género Femeninas, Cuestionario de Salud General y Preocupación Subjetiva de Estrés

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. GHQ-T	1															
2. GHQ-FI	.967**	1														
3. GHQ-FII	.916**	.786**	1													
4. GHQ-F1	.946**	.960**	.799**	1												
5. GHQ-F2	.909**	.860**	.862**	.749**	1											
6. GHQ-F3	.817**	.695**	.902**	.677**	.729**	1										
7. PSE	.719**	.740**	.584**	.699**	.654**	.523**	1									
8. CFNI-T	.257**	.244**	.236**	.226**	.260**	.201**	.255**	1								
9. Apariencia	.014	.036	-.027	.009	.005	.032	-.006	.372**	1							
10. Cuidado	.074	.058	.096	.067	.053	.108	.067	.516**	.017	1						
11. Domestica	-.044	-.030	-.074	-.026	-.033	-.118	-.069	.414**	.244**	.126	1					
12. Modestia	.197**	.183**	.186**	.175**	.196**	.155*	.167*	.270**	-.132*	-.009	.020	1				
13. Amabilidad	.141*	.132*	.142*	.139*	.120	.126	.228	.437**	.095	.187**	.134*	.144*	1			
14. I. Romántica	.145*	.164*	.108	.170**	.128*	.038	.157*	.509**	.118	.208**	.113	-.084	.314**	1		
15. Fidelidad	.032	.010	.057	-.009	.073	.050	.052	.574**	.030	.220**	.088	.067	.135*	.263**	1	
16. Delgadez	.320**	.299**	.301**	.272**	.334**	.257**	.300**	.517**	.095	-.027	-.031	.136*	.138*	.149*	.180*	1

Nota: (**) la correlación es significativa al .01 (bilateral); (*) la correlación es significativa al nivel .05 (bilateral). GHQ-T: Puntuación total en Cuestionario de Salud General; GHQ-FI: síntomas ansioso-depresivos. GHQ-FII: desajuste social; GHQ-F1: factor dificultades en afrontamiento exitoso; GHQ-F2: factor afectación a la autoestima; GHQ-F3: factor estrés; PSE: Percepción subjetiva de Estrés; CFNI-T: Puntuación total en Conformidad con Normas de Género Femeninas. N = 237 mujeres.

Tabla 9.3.6. Análisis de regresión lineal múltiple por pasos sucesivos para Conformidad con las Normas de Género Femeninas y Cuestionario de Salud General

		B	β	R ² ajustado	F
GHQ-T	Delgadez	.466	.278***	.132	12.878***
	Modestia.	.384	.179**		
	Amabilidad	.387	.130*		
GHQ-FI	Delgadez	.279	.256***	.118	11.425**
	Modestia	.224	.161*		
	Romántica	.264	.139*		
GHQ-FII	Delgadez	.178	.260***	.117	11.339***
	Modestia	.148	.171**		
	Amabilidad	.156	.129*		
GHQ-F1	Delgadez	.213	.229***	.104	10.052***
	Modestia	.186	.157*		
	Romántica	.242	.149*		
GHQ-F2	Delgadez	.191	.313***	.128	18.185***
	Modestia	.121	.155*		
	Contexto de empresa	.842	.161*		
GHQ-F3	Delgadez	.076	.257***	.062	16.421***

Nota. * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$; B= coeficiente de regresión sin estandarizar; β = coeficiente de regresión estandarizado; R²: porcentaje de varianza explicada ajustado; F= estadístico de contraste. GHQ-T: Puntuación total en Cuestionario de Salud General; GHQ-FI: síntomas ansioso-depresivos. GHQ-FII: desajuste social; GHQ-F1: factor dificultades en afrontamiento exitoso; GHQ-F2: factor afectación a la autoestima; GHQ-F3: factor estrés. N = 237 mujeres.

El análisis de regresión para GHQ-total, generó tres modelos incluyendo en el tercero todas las variables del CFNI con significación estadística ($F = 12.878$, $p < .001$) que explicaban el 13.2 % de su varianza, indicando que a mayores puntuaciones en las distintas normas de género mayores puntuaciones en GHQ- Total. Así, Delgadez ($\beta = .278$ $p < .001$), Modestia ($\beta = .179$; $p = .004$) y Amabilidad ($\beta = .130$, $p = .038$) son las tres normas de género femeninas que explican la varianza de salud psicológica total.

La ecuación de regresión que se obtiene para explicar el 13.2 % de las puntuaciones totales en GHQ total (salud psicológica autopercibida) con los coeficientes de regresión estandarizados es la siguiente:

$$\text{Puntuaciones Totales GHQ} = .278 * \text{Delgadez} + .179 * \text{Modestia} + .130 * \text{Amabilidad}$$

El modelo de regresión para la dimensión síntomas de ansiedad y depresión (Factor I) generó tres modelos, incluyendo en el tercero las subescalas del CFNI con significación estadística ($F = 11.425$, $p < .001$) que explicaban el 11.8% de su varianza, en el sentido que a mayores puntuaciones en estas normas de género mayores puntuaciones en síntomas ansioso-depresivos.

Así, la mayor conformidad con las normas de género Delgadez ($\beta = .256$; $p < .001$); Modestia ($\beta = .161$; $p = .10$) y Romántica ($\beta = .139$ $p = .027$) influyen en mayor sintomatología. La ecuación de regresión que se obtiene para explicar el 11.8 % de la varianza en síntomas ansioso-depresivos es la siguiente:

$$\text{Síntomas ansioso-depresivos} = .256 * \text{Delgadez} + .161 * \text{Modestia} + .139 * \text{Romántica}$$

Igualmente, el modelo de regresión múltiple para la dimensión desajuste social (Factor II del GHQ) generó tres modelos, incluyendo en el tercero las variables del CFNI con significación estadística ($F = 11.339$; $p < .001$) que explicaban el 11.7 % de su varianza. Delgadez ($\beta = .260$; $p < .001$); Modestia ($\beta = .171$ $p = .007$) y Amabilidad ($\beta = .129$ $p = .041$) explican la varianza del factor desajuste social del GHQ-12.

La ecuación que se obtiene para explicar el 11.7 % de la varianza en desajuste social es la siguiente:

$$\text{Desajuste social} = .260 * \text{Delgadez} + .171 * \text{Modestia} + .129 * \text{Amabilidad}$$

El modelo de regresión para la dimensión del GHQ-Afrontamiento (Factor 1) generó tres modelos, incluyendo el tercero las variables del CFNI con significación estadística ($F = 10.052$; $p < .001$) que explicaban el 10.4 % de su varianza, en el sentido que a mayor conformidad con Delgadez ($\beta = .229$; $p < .001$), Modestia ($\beta = .157$; $p = .013$) y Romántica ($\beta = .149$; $p = .018$), mayores puntuaciones y por ende más dificultades para un afrontamiento exitoso. La ecuación que se obtiene para explicar el 10.4% de la varianza en la dimensión afrontamiento es la siguiente:

$$\text{Afrontamiento} = .229 * \text{Delgadez} + .157 * \text{Modestia} + .149 * \text{Romántica}$$

El modelo de regresión para la dimensión del GHQ Autoestima (Factor 2) generó dos modelos, incluyendo el segundo las variables del CFNI con significación estadística ($F = 18.185$; $p < .001$) que explican el 12.8 % de su varianza: Delgadez ($\beta = .313$; $p < .001$) y Modestia ($\beta = .155$; $p = .012$). Así, a mayores puntuaciones en estas normas de género, mayor afectación en la autoestima.

La ecuación que se obtiene para explicar el 12.8 % de la varianza en la dimensión Autoestima es la siguiente:

$$\text{Autoestima} = .313 * \text{Delgadez} + .155 * \text{Modestia}$$

En cuanto a la dimensión del GHQ-Estrés (Factor 3) sólo se generó un modelo incluyendo la variable del CFNI con significación estadística ($F = 16.412$; $p < .001$): Delgadez ($\beta = .257$; $p < .001$) que explicaba el 6.2 % de la varianza en esta dimensión del GHQ-Estrés, indicando que mayores

puntuaciones en Delgadez, mayores puntuaciones en estrés. La ecuación que se obtiene en este caso es la siguiente:

$$\text{Estrés} = .257 * \text{Delgadez}$$

El porcentaje de varianza explicada en todas las regresiones por la conformidad con normas de género femeninas (con predominio de Delgadez, Modestia y seguidas de Amabilidad y Romántica) oscila entre el 6.2 % y 13.2 %.

Mientras que Cuidado de Niños/as, Doméstica y Fidelidad Sexual no tienen significación estadística en la varianza de salud psicológica autopercebida y los factores estudiados. Por otra parte, las mujeres que trabajan en el contexto de empresa, puntuaban más alto en afectación de autoestima, constituyendo una de las variables con significación estadística en el modelo de regresión.

9.3.4. Hipótesis 4. Mayor conformidad con normas de género femeninas (Apariencia, Delgadez, Romántica, Fidelidad, Cuidado de Niños/as y Amabilidad) se relacionan positivamente y predicen mayor percepción subjetiva de estrés.

En la Tabla 9.3.5 precedente, se pueden observar las correlaciones entre las distintas normas de género femeninas y percepción subjetiva de estrés.

Si bien se encuentran relaciones positivas y significativas entre Percepción de Estrés (PSE) y Amabilidad, Romántica y Delgadez, contrariamente a lo hipotetizado, Apariencia, Cuidado de niños/as y Fidelidad sexual no resultan significativas, mientras que Modestia si lo es.

En la Tabla 9.3.7. se muestran los resultados del análisis de regresión lineal múltiple.

Tabla 9.3.7. Análisis de regresión lineal múltiple por pasos sucesivos para Percepción Subjetiva de Estrés y Conformidad con Normas de Género Femeninas

		B	β	R ² ajustado	F
PSE	Delgadez	.404	.247***	.142	13.96***
	Amabilidad	.641	.220***		
	Modestia	.349	.167**		

Nota. * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$; B= coeficiente de regresión sin estandarizar; β = coeficiente de regresión estandarizado; R²: porcentaje de varianza explicada ajustado; F= estadístico de contraste; PSE: Percepción subjetiva de estrés. N =237 mujeres.

El modelo de regresión para la variable Percepción subjetiva de estrés (PSE) generó tres modelos, incluyendo en el tercero, las subescalas del CFNI estadísticamente significativas ($F= 13.96$ $p<.001$) que explicaban el 14.2% de su varianza: Delgadez ($\beta =.247$; $p<.001$); Amabilidad ($\beta =.220$; $p <.001$) y Modestia ($\beta =.167$; $p=.007$). La ecuación que se obtiene para explicar el 14.2% de la variabilidad en PSE es la siguiente:

$$\text{PSE} = .247 * \text{Delgadez} + .220 * \text{Amabilidad} + .167 * \text{Modestia}$$

Por tanto, mayor conformidad con las normas de género femeninas Delgadez, Agradable en relaciones y Modestia, explican el 14.2% de la varianza de percepción subjetiva de estrés. No cumpliéndose la predicción respecto a las subescalas Romántica, Cuidado de niños/as y Fidelidad sexual.

9.3.5. Hipótesis 5. La conformidad las distintas normas de género femeninas mostrarán relaciones positivas y significativas explicando de manera congruente, creencias disfuncionales en las distintas áreas: (1) Apariencia y Delgadez predicen Necesidad de Aprobación y Perfeccionismo, (2) Modestia y Amabilidad, predicen Necesidad de Aprobación, Necesidad de Amor y Autonomía Personal; (3) Cuidado de Niños/as, Fidelidad sexual y Doméstica predicen Necesidad de Aprobación, Necesidad de Amor, Derechos, Necesidad de Éxito.

En la Tabla 9.3.8. se muestran las correlaciones entre las subescalas del Inventario de conformidad con las normas de género (CFNI) y de la Escala de actitudes disfuncionales (DAS). Se encuentran relaciones positivas y significativas entre CFNI total y Creencias disfuncionales totales (DAS) y todas las subescalas de la misma con valores de r que oscilan entre .411 el mayor (DAS Total) y .263 (Éxito) a un nivel de significación de .01.

Se encuentran relaciones positivas con todas las subescalas DAS (DAS total y las siete subescalas) y las subescalas del CFNI (Amabilidad, Romántica, Fidelidad y Delgadez). Sin embargo, contrario a lo esperado, Apariencia, se relaciona sólo con Necesidad de Aprobación, del mismo modo que tampoco se encuentran relaciones significativas con Cuidado de niños/as, Doméstica y Modestia.

En la Tabla 9.3.9 se encuentran los resultados de las regresiones lineales múltiples en la que se exploran las variables del CFNI que mejor predicen creencias disfuncionales totales y en las distintas subescalas.

Tabla 9.3.8. Matriz de correlaciones entre Conformidad con las Normas de Género Femeninas y la Escala de Actitudes disfuncionales

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1.CFNI -T	1																
2. Apariencia	.372**	1															
3. C. Niños/as	.516**	.017	1														
4. Doméstica	.414**	.244**	.126	1													
5. Modestia	.270**	-.132*	-.009	.020	1												
6. Amabilidad	.437**	.095	.187**	.134*	-.144**	1											
7. Romántica	.509**	.118	.288**	.113	-.084	.314**	1										
8. Fidelidad	.574**	.030	.220**	.088	.067	.135*	.263**	1									
9. Delgadez	.517**	.095	-.027	-.031	.136*	.138*	.149*	.180**	1								
10. DAS-T	.411**	.123	-.027	.058	.127	.329**	.231**	.244**	.425**	1							
11. Aprobación	.381**	.153*	.018	.081	.123	.318**	.170**	.216**	.330**	.798**	1						
12. Amor	.289**	.105	-.070	.049	.123	.226**	.231**	.177**	.261**	.790**	.673**	1					
13. Éxito	.263**	.085	-.075	-.033	.122	.203**	.129*	.176**	.326**	.855**	.600**	.633**	1				
14. Perfeccionismo	.292**	.072	-.065	.009	.108	.178**	.094	.182**	.427**	.802**	.523**	.532**	.728**	1			
15. Derechos	.345**	.108	.050	.109	-.008	.369**	.219**	.214**	.262**	.741**	.513**	.526**	.526**	.486**	1		
16. Omnipotencia	.352**	.111	.000	.122	.039	.310**	.212**	.245**	.289**	.761**	.582**	.504**	.512**	.506**	.633**	1	
17. Autonomía	.314**	.060	.021	-.004	.065	.239**	.213**	.183**	.348**	.718**	.480**	.419**	.562**	.537**	.439**	.500**	1

Nota: (**) correlación significativa al .01 (bilateral). (*) correlación significativa al nivel .05 (bilateral). CFNI-T: Puntuaciones en la escala total de Conformidad con las Normas de Género Femeninas; DAS-T: Puntuación total en la Escala de Actitudes Disfuncionales. N=237 mujeres.

Tabla 9.3.9. Análisis de regresión lineal múltiple (pasos sucesivos) entre las subescalas de Conformidad con las Normas de Género Femeninas y la Escala de Actitudes Disfuncionales

		B	β	R ² ajustado	F
DAS-Total	Delgadez	2.012	.362***	.265	28.917***
	Amabilidad	2.58	.261***		
	Fidelidad Sexual	.90	.139**		
Aprobación	Delgadez	.234	.240***	.211	13.606***
	Amabilidad	.480	.276***		
	Fidelidad Sexual	.140	.123*		
	Modestia	.171	.137*		
	Apariencia	.160	.118*		
Amor	Delgadez	.191	.185**	.142	8.796***
	Romántica	.334	.186**		
	Amabilidad	.343	.187**		
	Modestia	.183	.139*		
	Cuidado de Niños/as	-.148	-.138*		
Éxito	Delgadez	.366	.305***	.126	17.943***
	Amabilidad	.350	.164**		
Perfeccionismo	Delgadez	.449	.410***	.190	28.529***
	Amabilidad	.237	.122*		
Derechos	Amabilidad	.527	.325***	.188	18.885***
	Delgadez	.175	.192**		
	Fidelidad Sexual	.142	.132*		
Omnipotencia	Amabilidad	.413	.256***	.175	17.596***
	Delgadez	.203	.224***		
	Fidelidad Sexual	.181	.170**		
Autonomía	Delgadez	.306	.321***	.152	22.071***
	Amabilidad	.333	.197**		

Nota. N: 237 mujeres; * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$; B= coeficiente de regresión sin estandarizar; β = coeficiente de regresión estandarizado; R²: porcentaje de varianza explicada ajustado; F= estadístico de contraste; DAS-T: Puntuación total en la Escala de Actitudes Disfuncionales. N= 237 mujeres.

Las ecuaciones obtenidas para cada subescala de creencias disfuncionales, se calculan con los coeficientes estandarizados.

El modelo de regresión para la variable Creencias disfuncionales totales (DAS-total) generó tres modelos, incluyendo en el tercero las variables del CFNI con significación estadística ($F = 28.917$; $p < .001$) que explicaban el 26.5 % su varianza: Delgadez ($\beta = .362$; $p < .001$); Amabilidad ($\beta = .261$; $p < .001$) y Fidelidad Sexual ($\beta = .139$; $p = .017$). Así, a mayores puntuaciones en conformidad con estas tres normas de género, se obtienen mayores puntuaciones en creencias disfuncionales totales.

La ecuación que se obtiene para explicar el 26.5 % de la varianza de puntuaciones totales en DAS es la siguiente:

$$\text{DAS-total} = .362 * \text{Delgadez} + .261 * \text{Amabilidad} + .139 * \text{Fidelidad Sexual}$$

El modelo de regresión para la subescala Aprobación generó cinco modelos, incluyendo el quinto todas las variables del CFNI con significación estadística ($F=13.606$; $p<.001$), que explican el 21.1% de su varianza, indicando que a mayores puntuaciones en estas subescalas se obtienen mayores puntuaciones en Necesidad de Aprobación: Delgadez ($\beta = .240$; $p<.001$); Amabilidad ($\beta = .276$; $p<.001$); Fidelidad ($\beta = .123$; $p=.040$); Modestia ($\beta = .137$; $p=.023$) y Apariencia ($\beta = .118$; $p=.046$).

La ecuación que se obtiene para explicar el 21.1% de la varianza de Necesidad de Aprobación es la siguiente:

$$\text{Aprobación} = .240 * \text{Delgadez} + .276 * \text{Amabilidad} + .123 * \text{Fidelidad} + .137 * \text{Modestia} + .118 * \text{Apariencia}$$

El modelo de regresión lineal múltiple para la subescala Amor generó cinco modelos, incluyendo en el quinto todas las variables del CFNI significativas estadísticamente ($F= 8.796$; $p<.001$) que explican el 14.2% de su varianza. Delgadez ($\beta = .185$; $p=.003$), Romántica ($\beta = .186$; $p=.005$), Amabilidad ($\beta = .187$; $p=.005$), Modestia ($\beta = .139$; $p=.026$) y Cuidado de Niños/as ($\beta = -.138$; $p=.028$). A mayores puntuaciones en estas normas de género femeninas, mayores puntuaciones en creencias disfuncionales sobre Necesidad de amor, excepto en Cuidado de Niños/as, que es inversa, y por tanto menor necesidad de Amor.

La ecuación obtenida que explica el 14.2 % de la varianza de Necesidad de Amor es la siguiente:

$$\text{Amor} = .185 * \text{Delgadez} + .186 * \text{Romántica} + .187 * \text{Amabilidad} + .139 * \text{Modestia} - .138 * \text{Cuidado de niños/as}.$$

El modelo de regresión lineal múltiple para la variable Necesidad de éxito generó dos modelos, incluyendo en el segundo todas las variables del CFNI con significación estadística ($F=17.943$; $p <.001$) que explican el 12.6% su varianza, indicando que a mayores puntuaciones en estas subescalas se obtienen mayores puntuaciones en creencias disfuncionales respecto a la necesidad de ejecución exitosa: Delgadez ($\beta = .305$; $p<.001$) y Amabilidad ($\beta = .164$; $p=.008$). La ecuación obtenida que explica el 12.6% la varianza de Necesidad de Éxito es la siguiente:

$$\text{Éxito} = .305 * \text{Delgadez} + .164 * \text{Amabilidad}.$$

El modelo de regresión para la variable Perfeccionismo generó dos modelos, el segundo incluye todas las variables del CFNI con significación estadística ($F= 28.529$; $p< .001$) que explican el 19% de la varianza de Perfeccionismo. Delgadez ($\beta =.410$; $p <.001$) y Amabilidad ($\beta =.122$; $p=.041$). La ecuación que explica el 19% de la varianza de Perfeccionismo es la siguiente:

$$\text{Perfeccionismo} = .410 * \text{Delgadez} + .122 * \text{Amabilidad}$$

El modelo de regresión para la variable Derechos generó tres modelos, incluyendo el tercero las variables del CFNI con significación estadística ($F= 18.885$; $p<.001$) que explican el 18.8 % de su varianza: Amabilidad ($\beta =.325$; $p <.001$), Delgadez ($\beta =.192$; $p=.002$) y Fidelidad Sexual ($\beta =.132$; $p=.030$).

La ecuación obtenida que explica el 18.8 % de la varianza de Derechos es la siguiente:

$$\text{Derechos} = .325 * \text{Amabilidad} + .192 * \text{Delgadez} + .132 * \text{Fidelidad Sexual}$$

El modelo de regresión para la variable Omnipotencia generó tres modelos, incluyendo en el tercero todas las variables del CFNI con significación estadística ($F= 17.596$; $p <.001$) que explican el 17.5% de su varianza: Amabilidad ($\beta =.256$; $p<.001$); Delgadez ($\beta =.224$; $p<.001$) y Fidelidad Sexual ($\beta =.170$; $p=.006$).

La ecuación que se obtiene para explicar el 17.5% de varianza de Omnipotencia es la siguiente:

$$\text{Omnipotencia} = .256 * \text{Amabilidad} + .224 * \text{Delgadez} + .170 * \text{Fidelidad Sexual}$$

El modelo de regresión para la variable Autonomía generó dos modelos, incluyendo en el segundo las dos variables del CFNI con significación estadística ($F=22.071$; $p < .001$) que explican el 15.2% de su varianza: Delgadez ($\beta =.321$; $p<.001$) y Amabilidad ($\beta =.197$; $p<.001$), indicando que a mayor conformidad con estas dos normas de género femeninas más creencias disfuncionales sobre autonomía.

La ecuación que se obtiene para explicar el 15.2% de la varianza de Autonomía es la siguiente:

$$\text{Autonomía} = .321 * \text{Delgadez} + .197 * \text{Amabilidad}$$

Por tanto, se cumple parcialmente lo hipotetizado. Se encuentran relaciones positivas entre la conformidad con normas de género femeninas consideradas globalmente y puntuaciones totales en creencias disfuncionales y con siete dimensiones de DAS.

En lo que respecta a la participación de las distintas normas de género femeninas en varianza de creencias y actitudes disfuncionales se encuentra que las normas femeninas Delgadez y Amabilidad están implicadas en la varianza de todas las áreas del DAS. Así explican el 12,6% la

varianza de Necesidad de Éxito, el 19 % de Perfeccionismo y el 15.2% de creencias disfuncionales sobre el nivel de Autonomía personal. Fidelidad Sexual, está implicada junto con ellas en la varianza del 25.6% de DAS total, el 18.8% de Derechos y el 17.5 % de Omnipotencia y contribuye a explicar la varianza de Aprobación.

Respecto a las creencias disfuncionales sobre Necesidad de Aprobación y Necesidad de Amor, de ocho subescalas del CFNI, cinco de ellas están significativamente implicadas en la varianza de ellas. Así, Delgadez, Romántica, Amabilidad, Modestia y Cuidado de Niños/as (en este caso es negativa) explican el 14.2% de la varianza de creencias disfuncionales sobre necesidad de Amor. Mientras que Delgadez, Amabilidad, Fidelidad Sexual, Modestia y Apariencia explican en su conjunto el 21.1% de la varianza de Necesidad de Aprobación.

En lo que respecta a las predicciones específicas realizadas:

1) Se hipotetizó que Apariencia y Delgadez predecirían Aprobación y Perfeccionismo. Sin embargo, sólo se cumple parcialmente, ya que Apariencia contribuye a explicar la varianza de Aprobación, pero no Perfeccionismo, mientras que Delgadez está implicada en todas las áreas del DAS.

2) Se pronosticó que Modestia y Amabilidad predicen creencias disfuncionales sobre Aprobación, Amor y Autonomía Personal. Sin embargo, sólo se cumple parcialmente ya que Modestia explica un porcentaje de la varianza de las primeras dos (Aprobación y Amor), pero no de Autonomía, Mientras que Amabilidad, explica la varianza de todas y en cada una de las dimensiones del DAS.

3) Cuidado de Niños/as, Fidelidad Sexual y Doméstica predicen Necesidad de Amor, Aprobación, Éxito y Derechos. Del mismo modo que en las anteriores, se cumple parcialmente ya que Cuidado de Niños/as, sólo se relaciona inversamente con Necesidad de Amor. Fidelidad Sexual, si bien contribuye a explicar la varianza de Necesidad de Aprobación, Derecho y Omnipotencia, no explica la varianza de Necesidad de Amor, ni Éxito. Por último, Doméstica es la única dimensión del CFNI que no aparece relacionada con creencias disfuncionales.

9.3.6. Hipótesis 6. La conformidad con normas de género femeninas mostrarán relaciones positivas y significativas explicando de manera congruente inteligencia emocional en distintas áreas: (1) Cuidado de Niños/as, Modestia, Amabilidad, Romántica y Fidelidad Sexual, predicen Atención emocional; (2) Amabilidad, Romántica, Modestia y Delgadez, predicen Comprensión Emocional; (3) Modestia, Amabilidad y Delgadez, predicen Regulación Emocional; (4) Amabilidad predice Inteligencia emocional autopercebida (IEA).

En la tabla 9.3.10 se muestran los resultados de las correlaciones y en la tabla 9.3.11 los resultados del análisis de regresión lineal múltiple.

Tabla 9.3.10. Matriz de correlaciones entre Conformidad con las Normas de Género Femeninas e Inteligencia Emocional

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. CFNI -T	1												
2. Apariencia	.372**	1											
3. Cuidado	.516**	.017	1										
Niños/as													
4. Doméstica	.414**	.244**	.126	1									
5. Modestia	.270**	-.132*	-.009	.020	1								
6. Amabilidad	.437**	.095	.187**	.134*	-.144**	1							
7. Romántica	.509**	.118	.288**	.113	-.084	.314**	1						
8. Fidelidad	.574**	.030	.220**	.088	.067	.135*	.263**	1					
9. Delgadez	.517**	.095	-.027	-.031	.136*	.138*	.149*	.180**	1				
10. TMMS-IAE	-.062	-.068	.068	.055	-.174**	.198**	.063	-.093	-.154*	1			
11. TMMS-AE	.096	.005	.062	-.024	.009	.214**	.160*	-.047	.044	.601**	1		
12. TMMS-CE	-.066	-.064	.066	.088	-.162*	.068	.037	-.035	-.159*	.774**	.187**	1	
13. TMMS-RE	-.168**	-.084	.008	.052	-.210**	.115	-.080	-.109	-.210**	.659**	-.016	.402**	1

Nota: (**) la correlación es significativa a nivel .01 (bilateral); (*) correlación significativa a nivel .05 (bilateral). CFNI-T: Puntuaciones en la escala total de Conformidad con las Normas de Género Femeninas; TMMS-IAE: Inteligencia Emocional Autopercibida; TMMS-AE: Atención Emocional; TMMS-CE: Comprensión Emocional; TMMS-RE: Regulación emocional. N = 237 mujeres.

En la Tabla 9.3.10 se observan relaciones negativas y significativas entre Regulación emocional (TMMS-RE) y las subescalas Modestia y Delgadez. Respecto a la inteligencia emocional autopercebida (TMMS-IAE) las relaciones significativas son negativas entre las subescalas Modestia, Delgadez y positivas con la subescala Amabilidad. También se observan relaciones significativas y positivas entre Atención emocional (TMMS-AE) y las subescalas Amabilidad y Romántica. Mientras que Comprensión emocional (TMMS-CE) muestra relaciones significativas y negativas entre las subescalas Modestia y Delgadez.

Tabla 9.3.11. Análisis de regresión lineal múltiple por pasos sucesivos entre Conformidad con Normas de Género Femeninas y Escala de Meta Estados de Ánimo

		B	β	R ² ajustado	F
TMMS- IEA	Amabilidad	1.212	.223**	.064	9.073***
	Delgadez	-.565	-.184**		
TMMS-AE	Amabilidad	.603	.214**	.042	11.195**
TMMS-CE	Modestia	-.277	-.145*	.038	5.612**
	Delgadez	-.208	-.139*		
TMMS-RE	Modestia	-.407	-.221**	.086	8.388***
	Delgadez	-.296	-.205**		
	Contexto Empresarial	1.821	.147*		

Nota. * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$; B= coeficiente de regresión sin estandarizar; β = coeficiente de regresión estandarizado; R²: porcentaje de varianza explicada ajustado; F= estadístico de contraste; TMMS-IAE: Inteligencia Emocional Autopercebida; TMMS-AE: Atención Emocional; TMMS-CE: Comprensión Emocional; TMMS-RE: Regulación emocional. N = 237 mujeres.

El modelo de regresión para la variable Inteligencia Emocional Autopercebida (TMMS-IAE) generó dos modelos, incluyendo en el segundo las dos variables del CFNI con significación estadística ($F=9.073$; $p < .001$) que explican el 6.4% de su varianza: Amabilidad ($\beta = .223$; $p = .001$) y Delgadez ($\beta = -.184$; $p = .004$). Aquí, cuanto mayores puntuaciones se obtienen en la subescala de género Amabilidad, mayores puntuaciones en IAE total, mientras que a mayores puntuaciones en Delgadez; menores puntuaciones en esta dimensión.

La ecuación que se obtiene para explicar el 6.4 % de la varianza de IEA es la siguiente:

$$IEA = .223 * \text{Amabilidad} - .184 * \text{Delgadez}$$

En cuanto al modelo de regresión para Atención Emocional (TMMS-AE) se generó un modelo que incluye la variable del CFNI con significación estadística ($F=11.195$; $p < .01$) que explica el

4.2% de la varianza: Amabilidad ($\beta = .214$; $p = .001$). Así, a mayor conformidad con la norma de género Amabilidad, mayor Atención Emocional.

La ecuación obtenida que explica el 4.2% de la varianza de Atención Emocional es la siguiente:

$$\text{TMMS-AE} = .214 * \text{Amabilidad}$$

El modelo de regresión para la variable Comprensión Emocional (TMMS-CE) generó dos modelos, incluyendo el segundo las dos variables del CFNI con significación estadística ($F = 5.612$; $p < .01$) que explicaba el 3.8% de su varianza: Modestia ($\beta = -.147$; $p = .025$) y Delgadez ($\beta = -.139$; $p = .032$). En ambos casos, la relación es negativa indicando que, a mayor puntuación en estas normas de género, menor es la comprensión de los propios estados emocionales.

La ecuación obtenida que explica el 3.8% de varianza de Comprensión Emocional es la siguiente:

$$\text{TMMS-CE} = -.147 * \text{Modestia} - .139 * \text{Delgadez}$$

El modelo de regresión para la variable Regulación Emocional (TMMS-RE) generó tres modelos, incluyendo en el tercero la totalidad de variables con significación estadística ($F = 8.388$ $p < .001$) que explican el 8.6% de la varianza: Modestia ($\beta = -.221$; $p = .001$) y Delgadez ($\beta = -.205$; $p = .001$) del CFNI y el proceder del contexto de empresa ($\beta = .147$; $p = .025$). En este caso, la dirección de interpretación para las normas de género es negativa, es decir que a mayores puntuaciones en Modestia y Delgadez, menor regulación emocional autopercibida. Por otra parte, pertenecer al grupo empresarial, indica que las mujeres de este contexto puntuaron más alto en esta dimensión.

La ecuación que explica el 8.6% de la variabilidad de Regulación Emocional es la siguiente:

$$\text{TMMS-RE} = -.221 * \text{Modestia} - .205 * \text{Delgadez} + .147 * \text{Contexto Empresa}$$

Por tanto, se cumple parcialmente la predicción respecto al componente Atención Emocional, ya que sólo se encuentra una relación positiva con Amabilidad, indicando que, a mayor puntuación en esta subescala de género, mayor Atención Emocional. Sin embargo, ésta no explica Comprensión Emocional. La Comprensión Emocional tampoco se relaciona con Romántica. Sólo Modestia y Delgadez predicen menor Comprensión Emocional, al igual que Regulación Emocional. Amabilidad no explica Regulación Emocional, si bien explica la varianza de Inteligencia Emocional Autopercibida (IEA), mientras que Delgadez predice menor IEA.

9.3.7 Hipótesis 7. Mayor conformidad con normas de género femeninas (Amabilidad, Modestia, Romántica, Fidelidad y Delgadez) se relacionan y predicen respuestas rumiativas (totales, reflexión y reproches).

Como se observa en la Tabla 9.3.12, se encuentran relaciones significativas y positivas entre respuestas rumiativas totales (RRS-T) y subescalas del CFNI: Modestia, Amabilidad y Delgadez. También se obtienen relaciones directas entre la dimensión RRS-Reproches y Amabilidad, Romántica y Delgadez. Sin embargo, Fidelidad Sexual, sólo muestra una relación significativa e inversa respecto a la dimensión RRS-Reflexión.

Tabla 9.3.12. Matriz de correlaciones entre Conformidad con las Normas de Género Femeninas y Respuestas Rumiativas

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. CFNI -T	1											
2. Apariencia	.372**	1										
3. C. Niños/as	.516**	.017	1									
4. Doméstica	.414**	.244**	.126	1								
5. Modestia	.270**	-.132*	-.009	.020	1							
6. Amabilidad	.437**	.095	.187**	.134*	-.144**	1						
7. Romántica	.509**	.118	.288**	.113	-.084	.314**	1					
8. Fidelidad	.574**	.030	.220**	.088	.067	.135*	.263**	1				
9. Delgadez	.517**	.095	-.027	-.031	.136	.138*	.149*	.180**	1			
10. RRS-Total	.191**	.041	-.044	-.080	.171	.144*	.127	.004	.301**	1		
11. Reflexión	-.029	-.016	-.045	-.029	.081	.028	.014	-.160*	.038	.721**	1	
12. Reproches	.287**	.116	.013	-.061	.098	.174**	.178**	.100	.379**	.882**	.471**	1

Nota: (**) correlación significativa al .01 (bilateral). (*) correlación significativa al nivel .05 (bilateral). CFNI-T: Puntuaciones en la escala total de Conformidad con las Normas de Género Femeninas; RRS-T: Respuestas Rumiativas Total. N=237 mujeres.

En la Tabla 9.3.13 se puede ver el análisis de regresión entre estas dos variables. El modelo de regresión para la variable Respuestas Rumiativas (RRS-Total) generó tres modelos, incluyendo en el tercero las variables del CFNI con significación estadística ($F=11.087$; $p < .001$) que explicaban el 11.4 % de su varianza: Delgadez ($\beta = .261$; $p < .001$); Modestia ($\beta = .157$; $p = .013$) y Amabilidad ($\beta = .132$; $p = .036$). A mayores puntuaciones en estas tres normas de género femeninas, más respuestas rumiativas totales.

Tabla 9.3.13. Análisis de regresión lineal múltiple por pasos sucesivos entre Conformidad con las Normas de Género Femeninas y Respuestas Rumiativas

		B	β	R ² ajustado	F
RRS-Total	Delgadez	.929	.261***	.114	11.087***
	Modestia	.714	.157*		
	Agradable en Relaciones	.836	.132*		
Reflexión	Fidelidad Sexual	-.161	-.159*	.021	6.062*
Reproches	Delgadez	.337	.362***	.152	22.124***
	Agradable en Relaciones	.207	.125*		

Nota. * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$; B= coef. de regresión sin estandarizar; β = coef. de regresión estandarizado; R²: porcentaje de varianza explicada ajustado; F= estadístico de contraste; RRS-Total: Respuestas Rumiativas Total. N =237 mujeres.

La ecuación obtenida que explica el 11.4% de la varianza de RRS-Total es la siguiente:

$$\text{RRS-Total} = .961 * \text{Delgadez} + .157 * \text{Modestia} + .132 * \text{Amabilidad}$$

El modelo de regresión para la subescala Reflexión generó un modelo en el que se incluye la variable del CFNI con significación estadística ($F = 6.062$; $p < .05$) que explicaba el 2.1% de la varianza: Fidelidad Sexual ($\beta = -.159$; $p = .015$). Mayores puntuaciones en Fidelidad se relacionan negativamente con el componente reflexión, obteniendo menores puntuaciones esta dimensión de la rumiación.

La ecuación obtenida es la siguiente:

$$\text{Reflexión} = -.159 * \text{Fidelidad Sexual}$$

El modelo de regresión para la subescala Reproches generó dos modelos, incluyendo el segundo las variables del CFNI con significación estadística ($F = 22.124$; $p < .001$) que explica el 15.2% de la varianza: Delgadez ($\beta = .362$; $p < .001$) y Amabilidad ($\beta = .125$; $p = .040$). A mayores puntuaciones en estas normas de género femeninas, mayores puntuaciones en el componente Reproches de la rumiación.

La ecuación que explica el 15.2% de la varianza de Reproches es la siguiente:

$$\text{Reproches} = .362 * \text{Delgadez} + .125 * \text{Amabilidad}.$$

Por tanto, sólo se confirma parcialmente lo hipotetizado: sólo Delgadez, Modestia y Amabilidad, explican la variabilidad de puntuaciones en respuestas rumiativas totales, siendo esta relación

positiva, indicando que mayor conformidad con estas normas de género femeninas predicen mayores puntuaciones en estilo de respuestas rumiativas totales. En cuanto al componente Reproches, sólo Delgadez y Amabilidad explican el 15.2 % de la varianza de Reproches. Fidelidad sexual explica el 2.1% de la varianza de Reflexión, indicando que, a mayor conformidad con esta norma, disminuye el componente reflexivo de la rumiación, sin embargo, no aparece significativamente relacionada con RRS-Total, ni con el componente Reproches. Romántica no aparece implicada en la varianza de ninguna de las tres dimensiones de rumiación.

9.3.8. Hipótesis 8. Mayor conformidad con normas de género femeninas (Amabilidad, Romántica, Fidelidad Sexual y Delgadez) se asocia positivamente y predicen más creencias sobre los beneficios y motivos de preocupación (totales, disfuncionales y más adaptativos).

Como puede observarse en la Tabla 9.3.14 se encuentran relaciones significativas y positivas entre Creencias sobre preocupación totales (PP-T) y la conformidad con normas de género femeninas totales (CFNI T), Agradable en relaciones y Delgadez. Respecto a los dos factores sobre creencias y motivos para preocuparse (PRENA: preocupación como estrategia negativa de afrontamiento y PREPP: preocupación como perfeccionismo positivo), se relacionan ambos positiva y significativamente del mismo modo con CFNI-Total, Agradable en las relaciones, Delgadez. Además, el primero de ellos, PRENA se relaciona también con Fidelidad sexual. Sin embargo, contrario a lo esperado, no se encuentran relaciones significativas con Implicación en relaciones románticas.

Tabla 9.3.14. Matriz de correlaciones entre Conformidad con las Normas de Género Femeninas y Creencias sobre Preocupación

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. CFNI -T	1											
2. Apariencia	.372**	1										
3. C. Niños/as	.516**	.017	1									
4. Doméstica	.414**	.244**	.126	1								
5. Modestia	.270**	-.132*	-.009	.020	1							
6. Amabilidad	.437**	.095	.187**	.134*	-.144**	1						
7. Romántica	.509**	.118	.288**	.113	-.084	.314**	1					
8. Fidelidad	.574**	.030	.220**	.088	.067	.135*	.263**	1				
9. Delgadez	.517**	.095	-.027	-.031	.136*	.138*	.149*	.180**	1			
10. PP-T	.267**	.040	.031	-.047	.043	.257**	.100	.114	.385**	1		
11. PRENA	.271**	.088	.003	-.084	.046	.219**	.108	.137*	.404**	.931**	1	
12. PREPP	.222**	-.020	.057	.002	.032	.258**	.074	.071	.302**	.917**	.708**	1

Nota: (**) correlación significativa al .01 (bilateral). (*) correlación significativa al nivel .05 (bilateral). CFNI-T: Puntuaciones en la escala total de Conformidad con las Normas de Género Femeninas; PP-T: Puntuación total en creencias sobre preocupación; PRENA: Preocupación como afrontamiento negativo; PREPP: Preocupación como perfeccionismo positivo. N = 237 mujeres.

Tras el análisis de regresión lineal múltiple (Tabla 9.3.15), y tal como se hipotetizó, las subescalas Amabilidad y Delgadez predicen significativamente PP-Total, PRENA y PREPP, explicando entre un 13.2% y un 18.4% de sus varianzas. Sin embargo, contrario a lo hipotetizado, las subescalas Fidelidad sexual y Romántica no resultaron significativas.

En la Tabla 9.3.15 se incluye el análisis de regresión para estas variables.

Tabla 9.3.15. Análisis de regresión lineal múltiple por pasos sucesivos entre Conformidad con las Normas de Género Femeninas y Creencias sobre Preocupación

		B	β	R ² ajustado	F
PP-Total	Delgadez	1.268	.356***	.184	27.422***
	Amabilidad	1.319	.208**		
PRENA	Delgadez	.769	.381***	.184	27.491***
	Amabilidad	.598	.213**		
PREPP	Delgadez	.499	.271**	.132	18.793***
	Amabilidad	.721	.221**		

Nota: * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$; B= coeficiente de regresión sin estandarizar; β = coeficiente de regresión estandarizado; R²: porcentaje de varianza explicada sin estandarizar; F= estadístico de contraste; PP-T: Puntuación total en creencias sobre preocupación; PRENA: Preocupación como afrontamiento negativo; PREPP: Preocupación como perfeccionismo positivo. N = 237.

El modelo de regresión para la variable creencias sobre la preocupación (PP-total) generó dos modelos, incluyendo el segundo todas las variables del CFNI con significación estadística ($F=27.422$; $p < .001$) que explicaban el 18.4% de su varianza: Delgadez ($\beta = .356$; $p < .001$) y Amabilidad ($\beta = .208$; $p < .001$). Mayores puntuaciones en estas dos subescalas predicen mayores puntuaciones en creencias disfuncionales sobre las motivaciones y beneficios de la preocupación. La ecuación obtenida que explica el 18.4% de la varianza en Creencias sobre preocupación total es la siguiente:

$$\text{PP-Total} = .356 * \text{Delgadez} + .208 * \text{Amabilidad}.$$

El modelo de regresión para la variable PRENA (preocupación como estrategia de afrontamiento negativo) generó dos modelos, incluyendo el segundo las variables del CFNI con significación estadística ($F=27.491$; $p < .001$) que explicaba el 18.4% de su varianza: Delgadez ($\beta = .381$; $p < .001$) y Amabilidad ($\beta = .167$; $p = .005$). Mayores puntuaciones en estas dos normas de género femeninas predicen mayores puntuaciones sobre creencias disfuncionales sobre la preocupación, indicando tendencia a utilizar la preocupación como una estrategia de evitación y afrontamiento desadaptativo. La ecuación es la siguiente:

$$\text{PRENA} = .381 * \text{Delgadez} + .167 * \text{Agradable en Relaciones}.$$

El modelo de regresión para la variable PREPP (preocupación como perfeccionismo positivo) generó dos modelos, incluyendo el segundo las variables del CFNI con significación estadística ($F=18.793$; $p<.001$) que explicaban el 13.2% de su varianza: Delgadez ($\beta =.271$; $p<.001$) y Amabilidad ($\beta =.221$; $p <.001$). Mayor conformidad con estas normas de género a mayores puntuaciones en este componente. La ecuación obtenida es la siguiente:

$$\text{PREPP} = .271 * \text{Delgadez} + .221 * \text{Amabilidad}$$

En el siguiente capítulo se discuten los resultados obtenidos con el objetivo de extraer las principales conclusiones respecto a la influencia del género en las distintas variables que han sido objeto de estudio en torno a factores de vulnerabilidad cognitiva y la salud psicológica de las mujeres.

Capítulo 10 Discusión y Conclusiones

CAPÍTULO 10. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en las distintas variables estudiadas se discuten a continuación. Este capítulo se organiza en tres secciones. En primer lugar, se discuten las relaciones halladas entre las variables sociodemográficas y variables de estudio, con especial énfasis en las referentes al género. En segundo lugar, se comentan los resultados obtenidos en los distintos contrastes de hipótesis sobre la influencia del género en cada una de las variables del estudio. En tercer lugar, se extraen las principales conclusiones, integrando los principales argumentos teóricos que les sustentan y propician relaciones funcionales entre ellas.

10. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A continuación, se discuten los resultados y conclusiones obtenidos a partir las distintas hipótesis descritas en el capítulo 9.

10.1. RELACIONES ENTRE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, COGNITIVAS, EMOCIONALES, SALUD Y GÉNERO.

Las relaciones encontradas se organizan en tres apartados relativos a las variables del estudio que mostraron relaciones con variables sociodemográficas y situacionales.

10.1.1. CONFORMIDAD CON NORMAS DE GÉNERO

Las variables sociodemográficas y situacionales que mostraron relaciones positivas y significativas respecto a la conformidad con normas de género femeninas fueron: *edad, estado civil o situación de pareja, tener o no hijos/as a su cargo, el tipo de trabajo realizado y el contexto laboral de procedencia.*

Respecto a la variable *edad*, se observa que a medida que aumenta la edad, aumenta la conformidad con normas de género femeninas en general (*CFNI-Total*), *Modestia*, *Fidelidad Sexual* y *Romántica*.

Respecto al *estado civil o situación de pareja*, se encuentran diferencias estadísticamente significativas respecto a la conformidad con las normas de género femeninas *CFNI-Total*, *Fidelidad sexual* y *Cuidado de Niños/as*, siendo mayor la conformidad con las dos primeras en las mujeres que están casadas respecto a las mujeres solteras y las que están en pareja de hecho, respectivamente. Mientras que, en la última (*Cuidado de Niños/as*), son las mujeres en pareja de hecho las que puntúan más alto en comparación con las solteras.

En cuanto a la variable *tener o no hijos/as a cargo*, las mujeres que tienen hijos/as a su cargo puntúan más alto en *conformidad con normas de género femeninas totales*, *Cuidado de Niños/as*, *Romántica* y *Fidelidad Sexual* respecto a mujeres que no tienen hijos/as a su cargo.

Respecto al *tipo de trabajo o actividad laboral*, las mujeres que realizan trabajos de oficina y atención al cliente, puntúan más alto en *Delgadez* respecto a las mujeres que realizan trabajos de otras categorías (Técnico y Otros).

Respecto al *contexto laboral o entorno de procedencia*, las mujeres que trabajan en el contexto del grupo empresarial, muestran mayor conformidad con normas de género femeninas (*CFNI Total*, *Doméstica*, *Modestia*, *Fidelidad Sexual* y *Delgadez*) comparadas con mujeres externas a este contexto laboral.

No se encontraron relaciones significativas respecto a conformidad con normas de género femeninas ni en función del *nivel de estudios* ni en el *nivel de ingresos totales anuales*.

Las relaciones encontradas entre edad y menor adherencia a algunas normas de género femeninas tradicionales por parte de las mujeres más jóvenes, van en la dirección de lo esperado, considerando las acciones y cambios producidos en España en las últimas décadas, en la defensa y lucha por los derechos básicos de las mujeres y la igualdad entre hombres y mujeres. Las mujeres más jóvenes probablemente han desarrollado una mayor consciencia de las repercusiones y consecuencias de la adherencia a determinadas normas de género femeninas tradicionales (Sánchez-López, Cuéllar-Flores, Dresch, & Aparicio-García, 2009).

También pueden estar relacionadas con una disminución en la estereotipia en cuanto a los roles, pero no así en rasgos asociados a la feminidad en la población española, puesto que se sigue asignando rasgos expresivo-comunales a la feminidad tradicional a las mujeres, al igual que en cuanto a los estereotipos de rol familiar y rol laboral, donde se mantienen estereotipos de género en funciones vinculadas con la familia, mientras que los estereotipos relacionados con el trabajo remunerado y los roles en el área laboral han disminuido notablemente (López-Sáez et al., 2008).

La conformidad con normas de género femeninas es una medida que informa sobre distintas creencias y el grado de acuerdo con ellas que cada persona considera relevantes respecto a su propio autoconcepto. Estas representaciones sociales y culturales que incluyen actitudes, normas, comportamientos y roles que son esperadas o deseables para las mujeres y por tanto aplicables en la autovaloración de la adecuación personal en función de estos estándares o ideales cumplen una función de adaptación a las distintas realidades o contextos sociales (Bruehl, 2008; Jovchelovitch, 2007).

En este sentido, las relaciones encontradas entre *estado civil y tener hijos/as a cargo* y mayor conformidad con normas de género femeninas totales, cuidado de hijos/as, implicación en relaciones románticas y fidelidad, se refieren a esta perspectiva adaptativa de las normas y roles de género mencionadas. Asimismo, el género a través de los valores y normas influye en la exposición diferencial a estímulos, en el procesamiento de la información y las repuestas del medio en función de éstos, a la vez que contribuyen al establecimiento de rasgos, roles y conductas en respuesta a estas influencias, influyendo en aspectos de la identidad personal (p.e., Barberá, 1998; Denmark, 1994; Eagly, 1987; Unger, 1994).

10.1.2. SALUD PSICOLÓGICA Y PERCEPCIÓN DE ESTRÉS

El *contexto laboral de procedencia* mostró relaciones significativas con salud psicológica autopercebida y percepción de estrés. Asimismo, el *nivel de estudios* se relacionó con salud psicológica y el *nivel de ingresos* con percepción de estrés.

En cuanto al *nivel de estudios*, las mujeres que tienen estudios de Formación Profesional puntuaron más alto en el factor de autoestima del Cuestionario de Salud General (GHQ-12), indicando *mayor afectación o disminución en la autoestima* que las mujeres con estudios de postgrado (Máster y/o Doctorado).

En cuanto al *nivel de ingresos*, mujeres que cobran entre 12 mil y 20 mil euros anuales puntuaron más alto en *percepción de estrés* que las que cobran entre 20 mil y 24 mil euros anuales.

En cuanto al *contexto laboral de procedencia*, las mujeres que pertenecen al contexto empresarial de referencia, mostraron *puntuaciones totales en GHQ-12 más elevadas* que las mujeres externas a este contexto laboral, indicando mayor afectación en salud psicológica, más síntomas ansioso-depresivos, desajuste social y afectación en *la autoestima*. También puntuaron más alto en *percepción de estrés*.

Estas relaciones van el sentido esperado, ya que las mujeres empleadas en este grupo empresarial multinacional comparten características relativas a contextos de alto rendimiento, prestación de servicios a grandes empresas y atención al cliente en diversos sectores de actividad que, en combinación de otras variables contextuales y personales, incrementan las demandas y situaciones potencialmente generadoras de estrés y por tanto contribuyen a puntuar más en síntomas ansioso-depresivos o repuestas emocionales displacenteras de acuerdo con las teorías cognitivas y transaccionales de estrés (Lazarus, 1977; Perlin, 1989). Estas mayores puntuaciones también dependerán de otros aspectos como factores de personalidad, estrategias de afrontamiento, grado de control sobre los eventos o condiciones estresantes (Cohen, et al., 1983).

En cuanto a las variables socioeconómicas y educativas son coherentes con los factores sociales y personales que tradicionalmente muestran relación con percepción de estrés, entre los que destacan: sexo femenino (Brody & Hall, 1993; Cohen & Williamson, 1988; Hovanitz & Kozora, 1989; Remor, 2006;); nivel socioeconómico (Sandín, 1999); educación (Ettner & Grzywacs, 2003), apoyo social (Cohen, 1988; Saranson, 1999); autoestima (Montt & Ulloa, 1996); y autoeficacia (Bandura, 1977), ya que juegan un papel importante en la forma de hacer frente a los estímulos potencialmente estresantes (Lazarus, 2000).

10.1.3. APROBACIÓN, REFLEXIÓN RUMIATIVA Y REGULACIÓN EMOCIONAL

El tipo de trabajo (*atención al cliente*) se relacionó con mayores puntuaciones en regulación emocional autopercibida y necesidad de aprobación en comparación con las mujeres que realizan trabajos de oficina.

También el *nivel de ingresos* se relaciona con puntuaciones en necesidad de aprobación: las mujeres que tienen menos ingresos anuales (menos de 12 mil) puntuaron más alto que las que tienen más ingresos (más de 36 mil).

Nivel de estudios y estado civil se relacionaron con la subescala de respuestas rumiativas reflexión: las mujeres con estudios de *Formación Profesional* y las mujeres *solteras*, puntuaron más alto en RRS-Reflexión respecto a quienes tienen estudios universitarios y las mujeres casadas respectivamente.

Las relaciones son consistentes con lo sugerido por algunos autores respecto a que en la actualidad los roles sociales, laborales y/o profesionales que se desempeñen incidirán de manera más significativa en las competencias emocionales, que, en el caso de la incorporación de las mujeres en el mercado laboral y contextos públicos tradicionalmente ocupados por hombres, podría estar contribuyendo a la disminución en las diferencias en la dimensión instrumental-agéntica, que incluiría mayor valoración de la independencia, asertividad, y por tanto cambios en las competencias emocionales de las mujeres (Echevarría, 2010).

No se encontraron relaciones significativas respecto al resto de las variables de estudio (respuestas rumiativas, creencias sobre preocupación, inteligencia emocional autopercibida, creencias disfuncionales) y por tanto solo se consideraron en los análisis, las variables contexto de procedencia laboral y la edad, para controlar sus posibles influencias en dichas variables, sin que éstas resultaran relevantes en la explicación de los resultados que se describen a continuación.

10.2. ANALIZAR LAS RELACIONES ENTRE CONFORMIDAD CON NORMAS DE GÉNERO Y VARIABLES DE SALUD PSICOLÓGICA Y COGNITIVO-EMOCIONALES.

El objetivo general de este trabajo ha sido examinar la influencia de la conformidad con normas de género femeninas en factores de vulnerabilidad cognitiva y emocional que contribuye a la peor salud psicológica en las mujeres, con el objetivo de avanzar en la identificación de factores de vulnerabilidad desde una perspectiva de género.

Entre los factores propuestos para dar cuenta de estas diferencias de género en salud psicológica se han destacado los roles de género en la sociedad, los eventos estresantes y mayor tendencia a la rumiación de las mujeres. En este trabajo se hace énfasis en las influencias que, a nivel cognitivo y emocional, las normas de género femeninas pueden ejercer en el incremento de reacciones emocionales displacenteras, favoreciendo una mayor frecuencia, duración o intensidad de las mismas que interfieren en el bienestar y ajuste psicológico que constituyen en sí mismas un riesgo para la salud psicológica en las mujeres considerando la influencia que las emociones tienen en la percepción de los acontecimientos.

Una vez establecidas estas relaciones en esta muestra de mujeres adultas, se procedió a estudiar la influencia del género en cada una de ellas, con el objetivo de avanzar en la identificación de factores susceptibles de ser incluidos en un futuro dentro de un modelo etiológico integral que considere la conformidad con las normas de género femeninas que median entre factores de vulnerabilidad cognitivos y emocionales bien establecidos.

La primera hipótesis tenía como objetivo explorar las relaciones entre las distintas variables propuestas en base a la revisión bibliográfica sobre salud psicológica, estrés y rumiación que constituyen factores propuestos para dar cuenta de la mayor morbilidad psicológica en mujeres.

Hipótesis 1: Mayor puntuación en el cuestionario de salud general se relaciona y es predicha por mayor percepción de estrés, rumiación, creencias disfuncionales, creencias sobre la preocupación.

Los resultados van en el sentido esperado en todas las variables cognitivas y salud psicológica. Los datos revelan que los resultados en salud psicológica muestran relaciones positivas de mayor magnitud con *percepción subjetiva de estrés y respuestas rumiativas* y algo menores con *creencias disfuncionales totales y creencias sobre la preocupación*. Asimismo, percepción subjetiva de estrés se relaciona con respuestas rumiativas (45%), seguidas en orden decreciente por creencias sobre la preocupación y creencias disfuncionales.

Si bien se dan relaciones entre todas las variables hipotetizadas, las variables que resultaron predictoras de mayores puntuaciones en salud psicológica autopercebida, indicando peor salud

psicológica, fueron percepción subjetiva de estrés y respuestas rumiativas, que explican la mitad (56%) de su varianza, con un peso mayor de la percepción subjetiva de estrés.

Estos resultados son consistentes y congruentes con las propuestas desde la teoría transaccional de estrés y teoría cognitiva de las emociones (Lazarus et al., 1984), que enfatiza la participación de determinadas características predisponentes, motivaciones, actitudes y experiencias previas en la percepción de estrés psicológico, que influirán en el modo en que las personas perciben y valoran las demandas y que a su vez influye en los estilos de afrontamiento, en las respuestas emocionales y en el estado de salud autopercebido.

Asimismo estos resultados apoyan las distintas propuestas sobre la participación de la rumiación en el desarrollo y agravamiento de síntomas de malestar emocional (McLaughlin, et al., 2011; Nolen-Hoeksema, et al., 2011; Papageorgiou, et al., 2004; Season, et al., 2012; Watkins, 2009), desde la teoría de estilos de respuesta (Nolen-Hoeksema et al., 1991), la rumiación reactiva al estrés (Alloy, et al., 2000) y la rumiación sobre la tristeza (Conway, et al., 2000) .

En cuanto a la influencia de las creencias disfuncionales respecto a la percepción de estrés, contribuirán al incremento de valoraciones de amenaza y posibles consecuencias negativas en áreas importantes relacionadas con la autovaloración (p.e. Beck, 1967; Bridges, et al., 2010; Clark, et al., 2010; Ellis, 1962; Hyde, et al., 2008; Sandín, et al., 2012; Weissman, et al., 1978) con efecto en las respuestas emocionales displacentera. Mientras que las creencias sobre la preocupación, favorecerían preocupaciones que incrementan el nivel de amenaza percibido con impacto en las respuestas de ansiedad, anticipación de consecuencias negativas y por tanto incrementar la percepción de estrés (Barlow, 2002; 2011).

Hipótesis 2: Mayor conformidad con normas de género femeninas totales (CFNI-Total) se relaciona positivamente y predice mayores puntuaciones en salud psicológica, percepción de estrés, rumiación, creencias disfuncionales y mayor atención emocional.

El objetivo primordial esta hipótesis fue introducir, una vez comprobadas las relaciones entre las distintas variables de estudio en esta muestra de mujeres en particular, la influencia de la conformidad con las normas de género femeninas consideradas de manera global (CFNI-Total) en relación a la salud psicológica autopercebidas y el conjunto de variables cognitivas y emocionales relevantes.

En base a los resultados obtenidos se puede afirmar que la conformidad con normas de género femeninas (CFNI-Total) se relaciona positiva y significativamente con todas las variables hipotetizadas, excepto para atención emocional autopercebida, que no resultan significativas.

La mayor conformidad con normas de género femeninas predice y explica la varianza de salud psicológica total (GHQ-Total), percepción subjetiva de estrés, respuestas rumiativas totales, creencias sobre preocupación y creencias disfuncionales totales. Si bien las magnitudes son bajas, resultaron predictoras en todas ellas, destacando su mayor relación con creencias disfuncionales ya que explica su varianza en un 17%, mientras que en el resto oscilan en torno al 7% (creencias sobre preocupación, salud psicológica autopercebida y percepción subjetiva de estrés) y la menor de ellas con respuestas rumiativas totales (3.6%).

Es este sentido, la conformidad con normas de género femeninas muestra una relación positiva y de mayor magnitud con creencias disfuncionales totales, lo que da apoyo a uno de los elementos centrales de este trabajo de investigación, y que postula que son las creencias disfuncionales las que constituyen un elemento de vulnerabilidad relacionado con la mayor percepción de estrés, mayor rumiación y por tanto mayor predominio de síntomas ansioso-depresivos en mujeres, que constituyen un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos emocionales más prevalentes en mujeres y que se han tratado de clarificar a lo largo de este trabajo de investigación.

Los resultados van en el sentido esperado y de acuerdo con los planteamientos teóricos de vulnerabilidad-estrés expuestos en la revisión teórica.

En particular con el Modelo de Esquemas de Beck (1967) sobre la influencia de las creencias disfuncionales como generadoras de vulnerabilidad favorecen la emergencia de respuestas emocionales displacenteras, congruentes con la percepción de amenaza en áreas relevantes para la persona en particular (Clark, et al., 2010; Toro, et al, 2013).

En este sentido, la interacción de estas creencias disfuncionales con estrés interpersonal, situaciones relevantes con la aceptación social y atracción personal se relacionan con incremento de estados disfóricos que activan contenidos depresógenos o ansiógenos (Sohlberg, et al., 2006; Beck, 1983; Gotlib, et al., 2010).

Las normas de género femeninas enfatizan la importancia de las relaciones interpersonales, del atractivo físico, de la amabilidad y la responsabilidad del bienestar de las personas significativas (amistades, miembros de la familia, pareja) promoviendo los valores de la modestia, auto-sacrificio y postergación respecto a las propias necesidades y bienestar. En este sentido, las necesidades de aceptación y aprobación por parte de los demás, son congruentes con el predominio de esquemas sociotrópicos en las mujeres vinculadas a diferencias en la socialización de género (Beck, 1983; Barret et al., 1999)

La conformidad con normas de género femeninas asimismo predice y explica la varianza de respuestas rumiativas totales, si bien la magnitud es la más pequeña en comparación con el resto de variables, lo que resulta significativo y es congruente con las propuestas desde las distintas hipótesis de la socialización diferencial de género.

Desde esta perspectiva, se propone que las normas y roles de género femeninos enfatizan rasgos que conllevan el riesgo de incrementar la vulnerabilidad a la rumiación y estímulos generadores de estrés al prescribir mayor atención a los aspectos emocionales en las relaciones interpersonales (Cyranowski, et al., 2000; Lengua, et al., 2000; Spence, et al., 2000). Esto incrementaría, en presencia de otros factores, mayor reactividad emocional (Cox, Mezulis, & Hyde, 2010), mayor percepción de estrés y síntomas ansioso-depresivos (Nolen-Hoeksema, et al., 1999).

Asimismo, se ha propuesto que un estilo interpersonal sumiso y caracterizado por un comportamiento excesivamente servicial, no asertivo y una actitud de auto-sacrificio junto con la sensibilidad al rechazo, constituyen factores psicosociales asociados a mayor rumiación, aspectos diferencialmente reforzados en la socialización de género en mujeres (Pearson, Watkins, Mullan, & Moberly, 2010).

A continuación, se comentarán los resultados e implicaciones en relación a las normas de género femeninas específicas en relación a cada una de las variables estudiadas.

Hipótesis 3: La conformidad con las normas de género femeninas (Cuidado de hijos/as, Modestia, Amabilidad, Romántica, Fidelidad Sexual y Delgadez) se relacionan positivamente y predicen peor salud psicológica, mayores síntomas ansioso-depresivos, desajuste social, dificultades en afrontamiento exitoso, afectación a la autoestima y estrés.

Los resultados permiten esclarecer la influencia que determinadas de normas de género femeninas tienen sobre la salud psicológica autopercebida (GHQ Total) y en los distintos aspectos afectados, excluyendo la implicación de las normas Cuidado de Niños/as y Fidelidad Sexual.

Delgadez, Modestia y Amabilidad resultaron ser las normas de género que predicen en su conjunto la varianza en salud psicológica autopercebida.

Por otra parte, *Delgadez y Modestia* son las normas que sistemáticamente constituyen variables predictoras de peor salud psicológica en todos los factores, mayores síntomas ansioso-depresivos, desajuste social, dificultades en el afrontamiento eficaz, afectación en autoestima. Mientras *Amabilidad*, junto a las anteriores, contribuye a mayor desajuste social autopercebido y *Romántica* contribuye a mayores síntomas ansioso-depresivos y dificultades para el afrontamiento exitoso.

Estos resultados son consistentes con las sugerencias y observaciones realizadas desde la Asociación Americana de Psicología (2007) sobre la necesidad de tener en cuenta las consecuencias perjudiciales que la adscripción rígida a las normas de género femeninas puede tener para la salud psicológica de las mujeres.

Los ideales de belleza estereotipados y centrados en la delgadez, contribuyen a la búsqueda y preocupación por conseguir un cuerpo delgado y esbelto, con un impacto en la autovaloración y autoestima de las mujeres que favorecen sentimientos de inadecuación y por consiguiente fuente de preocupación y malestar emocional (Cuevas, 2009; Freedman, 1998; Saltzberger, et al., 1995). Asimismo, constituyen factores de vulnerabilidad y riesgo para desarrollo de trastornos emocionales y de la conducta alimentaria (Brown, et al., 1990; Cantrel et al., 1991; Hyde et al., 2008; Mahalik, et al., 2005; Mezulis, et al., 2002; Smolak, et al., 2008; Green, et al., 2008).

Modestia, prescribe valores relativos a la humildad, moderación, discreción respecto a los propios logros, éxitos, cualidades o talentos propios, interfiere con la defensa asertiva de derechos, preferencias y necesidades propias, propiciando actitudes y estilos sumisos en las interacciones interpersonales, dificultando el afrontamiento eficaz de problemas con el consecuente incremento de malestar psicológico, bajo apoyo social (Cohen, 1988; Saranson, 1999) y disminución de la autoestima (Montt et al., 1996) y autoeficacia (Bandura, 1977; Lazarus, 2000).

Amabilidad, prescribe comportamientos y actitudes orientados a la comprensión, calidez, empatía, cuidado de las relaciones y apoyo a los demás, si bien son características deseables, conllevan actividades psicológica y emocionalmente complejas y exigentes, y que pueden conllevar tensiones intrapersonales en torno a la búsqueda de satisfacción de necesidades, desarrollo de proyectos personales y/o profesionales propios, y por tanto contribuir a la aparición de síntomas de ansiedad y depresión en las mujeres (Lagarde, 1997, Mezulis, et al., 2008).

Romántica entendida como implicación romántica en las relaciones, la importancia de tener pareja, centrar todas las energías en el cuidado y mantenimiento de la relación, junto con las ideas sobre el amor romántico, especialmente cuando las expectativas no se cumplen, constituyen una amenaza para el bienestar personal asociados a la importancia atribuida a los roles de pareja, cuidado de relaciones y roles familiares, que contribuyen al desarrollo de determinados estilos de apego con predominio de la preocupación y contribuir al incremento de síntomas de ansiedad y depresión, con especial impacto en la variabilidad e inestabilidad en la autoestima (Franck, et al, 2007; Loubat, et al., 2007; Wood, 1987) .

En este sentido y tomados en su conjunto, las vulnerabilidades asociadas a Delgadez, Modestia, Amabilidad y Romántica, son congruentes con la hipótesis de estrés de roles de género femenino (Gillespie, et al., 1992) ya que contribuyen a la evaluación cognitiva de amenazas y desafíos a

la conducta estereotípicamente atribuida a las mujeres, entre las que se citan, el miedo a las relaciones sin emociones, temor a ser poco atractivas y miedo a comportarse asertivamente, que incrementan las dificultades para hacer frente a los factores de estrés, generando sentimientos de culpa, tristeza, ansiedad y/o tristeza, al valorar que se incumplen mandatos de género relevantes y que generalmente son interpretados como indicadores de no ser buena persona, al ser centrales en la identidad personal.

Hipótesis 4. Mayor conformidad con normas de género femeninas (Apariencia, Delgadez, Romántica, Fidelidad Sexual, Cuidado de Niños/as y Amabilidad) se relacionan positivamente y predicen mayor percepción subjetiva de estrés.

Los resultados obtenidos mostraron relaciones positivas y significativas entre Percepción de Estrés (PSE) y Amabilidad, Romántica y Delgadez, contrariamente a lo hipotetizado, Apariencia, Cuidado de Niños/as y Fidelidad Sexual no resultan significativas, mientras que *Modestia* resultó significativa y junto con *Delgadez* y *Amabilidad*, predicen mayor percepción subjetiva de estrés.

Relacionado con lo expuesto en la hipótesis anterior, estas tres normas de género femeninas, que enfatizan preocupación por alcanzar estándares de belleza estereotipados asociados a la delgadez, preocupación por agradar y satisfacer las necesidades de los demás, favorecen modos opuestos a la asertividad, lo que incrementan las fuentes potenciales de estrés y amenaza ya que en gran medida están relacionados con la dimensión interpersonal, con impacto en la percepción de autoeficacia, sentimientos de impotencia e incontrolabilidad ante situaciones cotidianas y relevantes para el bienestar personal, de acuerdo con los supuestos de la teoría transaccional de estrés Lazarus (1984) y la teoría de cognitiva de Beck (1967).

Hipótesis 5. La conformidad las distintas normas de género femeninas mostrarán relaciones positivas y significativas explicando de manera congruente, creencias disfuncionales en las distintas áreas: (1) Apariencia y Delgadez predicen Necesidad de Aprobación y Perfeccionismo, (2) Modestia y Amabilidad, predicen Necesidad de Aprobación, Necesidad de Amor y Autonomía Personal; (3) Cuidado de Niños/as, Fidelidad Sexual y Doméstica predicen Necesidad de Aprobación, Necesidad de Amor, Derechos, Necesidad de Éxito.

Los resultados obtenidos muestran una importante interacción entre las distintas normas de género femeninas tanto en puntuaciones totales en creencias y actitudes disfuncionales, como respecto a las distintas áreas de actitudes disfuncionales.

Delgadez, Amabilidad y Fidelidad predicen y explican la varianza de creencias disfuncionales totales (26.5%), Derechos (convencimiento de tener derecho a ciertas cosas como éxito, amor, felicidad, o que las cosas funcionen según los propios deseos) y Omnipotencia (tendencia a la focalización de la atención en el propio universo personal y la propia asignación de responsabilidad sobre casi todo lo que ocurre a su alrededor, incluyendo cómo sienten y se comportan los demás). Junto a *Modestia y Apariencia*, explican el 21% de varianza de la Necesidad de Aprobación (valoración de la autoestima en función de las reacciones o las opiniones que los demás tengan sobre uno/a).

Delgadez y Amabilidad predicen Necesidad de éxito (primacía del sentido de autovalía centrado en el trabajo y en la productividad), creencias disfuncionales sobre la Autonomía (referidas a la capacidad para encontrar felicidad dentro de uno mismo/a, reconocer el propio potencial para la felicidad y la autoestima) y Perfeccionismo (tendencia a establecer criterios de rendimiento inflexibles y excesivamente altos).

Delgadez, Amabilidad, Modestia y Cuidado de Niños/as predicen más creencias sobre Necesidad de Amor (tendencia a medir la autovalía y la propia felicidad en función de ser o no amadas), excepto *Cuidado de Niños/as* que se relaciona de manera inversa con la necesidad de amor.

Por tanto, los resultados muestran una clara influencia de las normas de género femeninas en creencias disfuncionales, que constituyen vulnerabilidad cognitiva especialmente en interacción con factores de estrés interpersonal, congruentes con el Modelo de Esquemas de Beck (1983; Clark et al., 2010), Asimismo, las creencias disfuncionales medidas, al contener afirmaciones absolutistas en distintas áreas personales, interpersonales y logro, aportan resultados coherentes con las exigencias absolutistas propuestas por Ellis (1955) y pueden suponer vulnerabilidades psicológicas entendidas como características internas, latentes y estables que pueden contribuir a la cronificación de síntomas de malestar, aumentando la posibilidad de desarrollar trastornos psicopatológicos ante eventos vitales estresantes (Ingram, et al., 2006).

Hipótesis 6. La conformidad con normas de género femeninas mostrarán relaciones positivas y significativas explicando de manera congruente inteligencia emocional en distintas áreas: (1) Cuidado de Niños/as, Modestia, Amabilidad, Romántica y Fidelidad Sexual, predicen Atención emocional; (2) Amabilidad, Romántica, Modestia y Delgadez, predicen Comprensión Emocional; (3) Modestia, Amabilidad y Delgadez, predicen Regulación Emocional; (4) Amabilidad predice Inteligencia emocional autopercebida (IEA).

Los resultados mostraron que sólo tres de las normas de género femeninas explican la varianza en los distintos componentes y habilidades emocionales: *Amabilidad, Modestia y Delgadez*.

Amabilidad predice mayor Inteligencia Emocional Autopercibida y Atención emocional a los propios estados emocionales. Delgadez predice menor Inteligencia Emocional autopercibida. Asimismo, Delgadez y Modestia predicen menor comprensión y habilidades de regulación emocional autopercibida (capacidad para cambiar estados de ánimo negativos y prolongar los positivos).

Estos resultados respecto a la influencia de *Amabilidad* en Inteligencia y Atención emocional van en el sentido esperado y son consistentes con las propuestas sobre la influencia de los estereotipos de género en la autopercepción y desarrollo de habilidades que favorecen la adaptación en los distintos escenarios y contextos sociales (Echevarría, 2010; Gratzia et al., 2012) y el modelo de regulación emocional basado en la adaptación social y ante los demás (Erber et al., 2000). Estos autores, sugieren que no sintonizar o empatizar con estados emocionales de los demás pueden ser gravosos o interferir negativamente en las interacciones con los demás o bien por temor a que los demás consideren desfavorablemente la tristeza o felicidad manifestada en un momento determinado. Por tanto, la búsqueda de congruencia con el estado de ánimo de los otros tendría efectos adaptativos, contribuyendo a la aceptación social. Esto también es congruente con las propuestas realizadas por Gross y colaboradores (2007; 2015) respecto a las metas y objetivos que puede perseguirse con la regulación emocional, que puede ser la modificación del propio estado emocional o bien modificar emociones de los demás.

Por su parte, *Modestia* favorece una minimización de las propias percepciones, necesidades y por tanto una menor claridad respecto a las propias emociones lo que llevaría a una menor percepción de autoeficacia en cuanto a las propia regulación y reparación emocional. De hecho, para una adecuada regulación emocional se requiere tener conciencia, metas y estrategias. Si no hay conciencia de las emociones, difícilmente se podrán poner en marcha las estrategias adecuadas, al igual que si se escogen erróneamente los objetivos de la regulación emocional. Asimismo, la disponibilidad de recursos, así como las habilidades y confianza para ejecutarlas son clave en el proceso (Gross, et al., 2014; Prosen, et al., 2014).

De este modo, la conformidad con las normas de género, *Modestia* y *Delgadez*, contribuirán a menores experiencias de afrontamiento y regulación exitosa, asociados a una baja autoestima y autoeficacia percibida, mayor sensibilidad a las críticas (Lara, et al., 1993), restricción en el repertorio de estrategias para hacer frente a situaciones negativas (Sowilslo, et al., 2013) y tendiendo a utilizar estrategias evitativas que constituyen un riesgo para depresión y ansiedad (Doron, et al., 2013).

Asimismo, las creencias en la propia capacidad para realizar determinadas tareas o comportamientos repercuten en las respuestas emocionales y por lo tanto en las cogniciones de control, amenaza o indefensión, importantes elementos para la reducción o incremento de los

estados de alerta y vigilancia congruentes y por tanto contribuir a menor percepción de sus propias habilidades emocionales, menor comprensión y menor habilidad para regular los propios estados emocionales o estados de ánimo (Bandura, 1977; Fernández-Martínez, 2009)

Hipótesis 7. Mayor conformidad con normas de género femeninas (Amabilidad, Modestia, Romántica, Fidelidad Sexual y Delgadez) se relaciona y predice respuestas rumiativas (totales, reflexión y reproches).

La conformidad con normas de género femeninas *Delgadez*, *Modestia* y *Amabilidad* son las variables que predicen respuestas rumiativas totales.

Delgadez y *Amabilidad* contribuyen al incremento de respuestas rumiativas en su componente cavilativo (RRS-reproches) y explican un 15% de su varianza, y que favorecen pensamientos negativos, auto-devaluadores, percepción de incontrolabilidad sobre los acontecimientos, incapacidad para superar los problemas y, por tanto, incremento de malestar emocional.

Fidelidad, es la única norma de género femenina que predice una disminución en este aspecto de la rumiación, que incluye pensamientos orientados a identificar y entender las causas del malestar y que las investigaciones sugieren que es el componente menos perjudicial de la rumiación.

Los resultados obtenidos a lo largo de este estudio son consistentes con las teorías sobre la rumiación (Aldao, et al., 2010; Johnson, et al., 2016; McLaughlin et al., 2011; Nolen-Hoeksema, et al., 2011; Papageorgiou, et al., 2004; Seasone, et al., 2012; Watkins, 2009), encontrándose que las respuestas rumiativas incrementan la percepción subjetiva de estrés y peor salud psicológica autopercebida, lo que contribuye a mayores respuestas rumiativas al incrementar la percepción de estrés. También se encuentran relaciones recíprocas con pesimismo hacia el futuro, fatalismo en el presente y pensamientos negativos sobre el pasado (Horton, 2016; Mor, et al., 2002) y que dificultan el ajuste psicológico y la recuperación ante la adversidad (Doron, et al., 2013).

Delgadez incrementa las preocupaciones sobre la adecuación a estándares de belleza estereotípicos difíciles de conseguir, aumentando conductas poco saludables con impacto en los componentes fisiológicos ansiosos, el afecto negativo, los pensamientos cavilativos sobre las dificultades para conseguir los objetivos deseados, así como atribuciones causales erróneas y sesgos cognitivos como la magnificación y catastrofización de los eventos relacionados. Lo que incrementa la percepción de estrés y una valoración de amenaza congruente con las teorías cognitivas de vulnerabilidad-estrés (Abramson, et al., 1989; Clark et al, 2010; Barlow, 2002; 2004; Ellis, 1962; Mezulis et al., 2008) y las teorías interactivas o procesuales del estrés (Lazarus, et al., 1984; 2000; Sandín, 1999; González et al, 2008).

Igualmente la importancia de *ser agradables en las relaciones* (Amabilidad) incrementa pensamientos cavilativos (reproches) ante eventos interpersonales negativos, dificultades para mostrarse cálidas, amables y receptivas con los otros cuando es el propio estado de ánimo el que dificulta esa disposición, contribuyendo al incremento de sentimientos de inadecuación respecto a los estereotipos de género congruentes con esta norma (Gillespie, et al., 1982) y la activación de creencias disfuncionales en torno a las relaciones interpersonales y las consecuencias temidas e indeseables, favoreciendo pensamientos negativos sobre sí misma, sobre las capacidades propias y sesgos cognitivos que contribuirán a mayor rumiación cavilativa, malestar emocional y al deterioro del apoyo social (Barnett, et al., 1990; Joormann, et al., 2006; Lyubomirsky, et al., 1998; Lyubomirsky et al., 2004; Miranda, et al., 2007; Rude, et al., 2007; Treynor, et al., 2003; Watkins, 2009; Watkins et al., 2004; Whitmer, et al., 2011).

Estos resultados se pueden integrar dentro del modelo de la función ejecutiva de la autorregulación (Matthews & Wells, 1996; 2004), donde determinadas creencias metacognitivas, tales como creencias sobre los beneficios de la rumiación para la prevención de errores o fallos, y la búsqueda de soluciones a los problemas, contribuirían a incrementar los pensamientos rumiativos en respuesta a auto-discrepancias personales (Papageorgiou, et al., 2001; Watkins, et al., 2001). A la vez que las creencias negativas sobre el daño e incontrolabilidad de la rumiación incrementarían la preocupación sobre la rumiación, exacerbando aún más la rumiación en un círculo vicioso (Matthews, et al., 2004).

De este modo, las expectativas asociadas a las normas de género *Delgadez*, *Modestia* y *Amabilidad*, en combinación con interpretaciones sobre la importancia de cumplir con las auto-exigencias y funcionamiento prescriptivos asociados a ellas, contribuirían a una percepción de auto-discrepancias personales sobre los resultados obtenidos y deseados, aumentando pensamientos rumiativos.

Hipótesis 8. Mayor conformidad con normas de género femeninas (Amabilidad, Romántica, Fidelidad Sexual y Delgadez) se asocian positivamente y predicen más creencias sobre los beneficios y motivos de preocupación (totales, disfuncionales y más adaptativos).

Los resultados mostraron que las normas de género femeninas *Amabilidad* y *Delgadez* explican la varianza de creencias sobre la preocupación totales y en los componentes considerados.

Amabilidad y *Delgadez* contribuyen tanto a creencias sobre preocupación disfuncionales, asociado a un estilo evitativo de resolución de problemas o creencias disfuncionales o negativas sobre la incertidumbre, así como creencias sobre los beneficios positivos para solucionar problemas, de modo que la influencia en relación a la percepción de estrés, salud psicológica y

rumiación son coherentes con las distintas propuestas teóricas, incrementado la propensión a la preocupación.

Las creencias tanto positivas como negativas de la preocupación, así como sobreestimación de las consecuencias en ambas direcciones, constituyen variables de vulnerabilidad metacognitivas relevantes para el desarrollo de trastornos emocionales, contribuyendo a la percepción de incontrollabilidad y daño característico de los trastornos de ansiedad (Gonzalez, et al., 2006; Wells, et al., 1994; Wells, 2005). La preocupación y el estado afectivo negativo consiguiente, es considerada una conducta cognitiva evitativa (Barlow et al., 2011; Borkovec, 1993), con alivio momentáneo a corto plazo, pero que a largo plazo refuerza ideas erróneas sobre la intolerancia a las emociones desagradables, el malestar en general y la incertidumbre, generando mayor ansiedad, dificultando la puesta en marcha de soluciones adaptativas y retroalimentando la preocupación y rumiaciones (Aldao, 2013; Dozois, et al., 2009; Gross, 2007). Esto repercute negativamente en mayor percepción de estrés, sintomatología ansioso-depresiva, menor autoeficacia percibida, incremento de sentimientos de incontrollabilidad emocional y de los acontecimientos de la vida propia, baja la autoestima y la autovalía personal (Conway et al., 2015; Hankin, 2010; Sachs-Ericsson, et al., 2000).

10.3. CONCLUSIONES GENERALES

A lo largo de este trabajo de investigación, tanto a nivel teórico como empírico, se han estudiado las relaciones existentes entre las variables de salud psicológica, estrés, cognitivas y emocionales en mujeres adultas. Se han considerado las influencias que, a nivel cognitivo y emocional, las normas de género femeninas pueden ejercer en el incremento de reacciones emocionales displacenteras, favoreciendo una mayor frecuencia, duración o intensidad de las mismas que interfieren en el bienestar y ajuste psicológico que constituyen en sí mismas un riesgo para la salud psicológica en las mujeres considerando la influencia que las emociones tienen en la percepción de los acontecimientos.

De acuerdo con las teorías de vulnerabilidad cognitiva-estrés y desde una perspectiva transaccional, el sistema de creencias personales, así como las experiencias e interacciones sociales e interpersonales, derivadas de la socialización y aprendizajes tempranos contribuyen a la conformación de ideas o creencias sobre uno/a mismo/a, el mundo y los demás que, ante eventos estresantes o experiencia negativas congruentes con éstas, incidirán en el procesamiento de la información emocionalmente relevante, con implicación de procesos básicos como la atención, memoria y pensamientos. A la vez, las creencias y valoraciones sobre los recursos personales para hacer frente a las demandas externas o internas, contribuyen a la percepción

subjetiva de estrés, condicionando en parte las estrategias para hacer frente a las mismas y la regulación de las emociones para restablecer el bienestar.

Los resultados obtenidos a lo largo de este trabajo van en la dirección esperada. La conformidad con normas de género femeninas totales influyen en peor salud psicológica, percepción subjetiva de estrés, creencias disfuncionales, creencias sobre la preocupación, respuestas rumiativas y creencias sobre la incapacidad para modificar estados de ánimo negativos. Estas relaciones si bien son pequeñas en el contexto general de las relaciones entre las variables estudiadas, resultan predictoras de incrementos en las mismas, especialmente respecto a creencias y actitudes disfuncionales.

La percepción subjetiva de estrés y la rumiación contribuyen a incrementar la percepción de peor salud psicológica, incrementando síntomas de ansiedad y tristeza-depresión que interfieren en la realización de actividades cotidianas en áreas de funcionamiento relevantes para las personas, afectando a la capacidad para hacer frente a las demandas habituales, con el consecuente impacto negativo en la satisfacción, autoestima y ajuste psicológico y social.

Las creencias sobre qué aspectos son relevantes para una autovaloración positiva y adecuación personal son aspectos centrales en las teorías de estrés y emociones, ya que condicionarán la percepción sobre las consecuencias de determinados eventos, situaciones o resultados.

Las creencias disfuncionales, actitudes y supuestos personales de uno mismo, el mundo y los demás, organizan y dirigen procesos cognitivos relacionados con el procesamiento de la información emocionalmente relevantes, contribuyendo a la puesta en marcha de sesgos en el pensamiento y la interpretación de los acontecimientos, con impacto en la atribución de las causas y la valoración de amenaza o daño que acompañan a las reacciones emocionales displacenteras.

Las experiencias en el afrontamiento eficaz de eventos negativos o estresantes, así como las creencias sobre la capacidad para reparar estados emocionales displacenteros y prolongar los estados emocionales positivos, contribuyen a la percepción de autoeficacia, percepción de control y confianza en los recursos personales para superar las dificultades.

Las creencias sobre los beneficios de la preocupación como estrategia de afrontamiento para evitar el malestar o bien para solucionar problemas, contribuye a las experiencias de afrontamiento y regulación emocional.

Tanto las creencias disfuncionales sobre las necesidades interpersonales y de logro en la autovaloración personal como referidas a los beneficios de recurrir a la preocupación ante eventos

potencialmente estresantes, constituyen fuentes de vulnerabilidad que incrementan la percepción de estrés y amenaza, con las consecuentes manifestaciones emocionales.

La conformidad con normas de género femeninas considerada de manera global, predice y se relaciona con más creencias disfuncionales totales y creencias sobre los beneficios de la preocupación. Estas relaciones constituyen una fuente de vulnerabilidad cognitiva con efectos en el número de eventos percibidos como estresantes y amenazantes, ante los que responder con preocupación y ansiedad, que incrementan pensamientos rumiativos tanto en respuesta al estrés, como a los síntomas emocionales, probablemente con el objetivo de encontrar soluciones, identificar las causas o bien como forma de aprender y evitar errores.

La rumiación se relaciona fundamentalmente con percepción de estrés y síntomas de malestar emocional (salud psicológica autopercebida), con creencias disfuncionales y creencias sobre los beneficios de la preocupación y en menor medida, aunque de manera significativa, se relaciona y es predicha por la mayor conformidad con normas de género totales.

Las relaciones funcionales entre los incrementos potenciados por la conformidad con las normas de género, al analizar las relaciones entre las variables, son sugerentes y coherentes con los resultados encontrados sobre la peor salud psicológica de las mujeres, mayor severidad y número de síntomas auto-informados y mayor reactividad al estrés.

Al analizar las influencias y relaciones entre normas específicas de género y su efecto en estas variables, *Delgadez*, *Modestia* y *Amabilidad* muestran mayor relación con los efectos perjudiciales de la conformidad con normas de género femeninas. Estas tres normas, de modo consistente y sistemático predicen y explican incrementos en la mayoría de las variables relevantes con la salud psicológica de las mujeres en este estudio.

Delgadez está implicada en todas y cada una de las variables y factores estudiados, mostrando relaciones positivas y significativas con peor salud psicológica (síntomas ansioso-depresivos, desajuste social, dificultades para el afrontamiento eficaz, disminución de autoestima y estrés), mayor percepción subjetiva de estrés, más creencias disfuncionales totales y en cada área evaluada, mayor estilo de respuesta rumiativo y reproches; mayores creencias sobre preocupación y en las dos dimensiones consideradas. Asimismo, se relaciona negativamente en competencias emocionales autopercebidas, y predice menor inteligencia emocional autopercebida, menor claridad emocional y capacidad para regular sus propias emociones negativas.

Amabilidad contribuye y predice peor salud psicológica autopercebida y desajuste social, mayor percepción subjetiva de estrés, más creencias disfuncionales totales y en cada una de las áreas evaluadas, más creencias totales sobre los beneficios y motivos de preocupación, estilo de respuesta rumiativo, mayor inteligencia emocional autopercebida y atención emocional.

Modestia, contribuye y predice peor salud psicológica autopercebida (síntomas ansioso-depresivos, desajuste social, dificultades para el afrontamiento eficaz y disminución en autoestima), mayor percepción subjetiva de estrés, creencias disfuncionales sobre necesidad de amor, menor atención y claridad emocional; estilo de respuesta rumiativo y reproches.

Asimismo, permite clarificar la participación de otras normas de género femeninas que contrario a lo esperado, no contribuyen particularmente en los efectos perjudiciales para la salud psicológica de las mujeres de este estudio: *Apariencia*, *Doméstica* y *Cuidado de Niños/as*. Estas normas de género femeninas no resultaron relevantes en cuanto a su efecto potenciador de creencias disfuncionales, percepción de estrés, creencias sobre preocupación, rumiación, inteligencia emocional autopercebida ni peor salud psicológica. Estos resultados dan apoyo a la hipótesis de estrés de roles femeninos, considerando que la mayor conformidad con estas normas sólo generaría malestar en aquellas situaciones donde se vieran amenazados el desempeño de los mismos. La *importancia de la apariencia física*, sólo resultó predictora en creencias disfuncionales sobre la necesidad de aprobación. *Cuidado de Niños/as*, predice menores creencias sobre necesidad de amor, mientras que *Doméstica* no resultó significativa en ninguna de las variables.

Respecto a los resultados sobre *Doméstica*, que a priori son contradictorios con los planteamientos que apuntan al potencial impacto negativo sobre el estrés en cuanto a la interacción, conflicto o estrés de roles, han de tomarse con cautela, puesto que la conformidad con esta norma, en el instrumento de medida utilizado se basa en afirmaciones relativas al cuidado, embellecimiento y mantenimiento del hogar, y que puede no resultar tan restrictivo en la actualidad. Asimismo, se podría aventurar que las características de las mujeres que componen la muestra de este estudio, fundamentalmente mujeres que desarrollan actividades laborales y profesionales, los roles tradicionales asociados a esta norma de género estén menos estereotipados, tanto como resultado del ejercicio de roles laborales, como por los cambios vinculados a la adquisición de mayor igualdad de oportunidades.

La mayor conformidad con la norma de género *Implicación en las relaciones románticas* (Romántica) predijo mayores dificultades de afrontamiento exitoso en cuanto a puntuaciones en salud psicológica y creencias disfuncionales en necesidad de amor.

Por tanto, se puede concluir que es de gran relevancia avanzar en la identificación de influencias, relaciones y efectos que la conformidad con normas de género femeninas tiene en distintas variables de vulnerabilidad cognitivo-emocionales a nivel de creencias y supuestos personales que guían expectativas sobre sí mismas, los demás y el mundo (Beck, 1987; Clark et al., 2010); sobre las emociones, recursos y modos de hacer frente a las demandas externas e internas y las estrategias, expectativas y metas de la regulación emocional (Gross, 2008; Wells et al., 1995;

Wells, et al., 2005; Salovey et al., 1979) que condicionarán respuestas psicofisiológicas y emocionales asociadas a la percepción más frecuente de estrés (Folkman et al., 2003; Lazarus et al., 1984), contribuyendo a una mayor frecuencia, intensidad y/o duración de estados emocionales displacenteros, que potenciarían mayor afecto negativo y menor afecto positivo, que afectan a la calidad de vida y constituyen en combinación con otros elementos, factores de vulnerabilidad psicológica (Clark, et al, 1999; Barlow, 2002; 2011) y que propician la puesta en marcha de respuestas rumiativas (Aldao et al., 2008; Nolen-Hoeksema et al, 1999; 2012), retroalimentando y manteniendo factores de vulnerabilidad cognitivos y emocionales.

En este sentido, las creencias sobre los beneficios de la preocupación y la rumiación, constituyen estilos de afrontamiento y regulación emocional disfuncionales y generadores de vulnerabilidad, que, tal como se ha puesto de manifiesto a lo largo de este trabajo, están asociadas a mayor conformidad con normas de género femeninas, con efectos negativos sobre la autopercepción de eficacia, autoestima y sentimientos de incontrolabilidad que retroalimentan creencias disfuncionales sobre la inadecuación e ineficacia para manejar los acontecimientos de la vida, aumentando la insatisfacción y sentimientos negativos auto-referidos (Abramson et al., 2001; Alloy, et al., 2010; Hyde et al, 2008; Nolen-Hoeksema, 2008; Watkins, 2008).

Para concluir, este trabajo de investigación ha pretendido contribuir a la identificación y clarificación de las relaciones e influencias derivadas de la conformidad con normas de género femeninas, incorporando una medida de género que permitirá visibilizar de manera cuantificable, alguno de los factores frecuentemente referidos en la literatura especializada en torno a las diferencias de género y morbilidad diferencial en salud mental.

10.4. LIMITACIONES Y PERSPECTIVAS FUTURAS

A lo largo de esta investigación se han intentado establecer relaciones entre constructos teóricos complejos con un fuerte componente subjetivo y de difícil acceso como son las creencias, actitudes y tendencias o predisposiciones personales en relación con el género y el funcionamiento psicológico y emocional, que conllevan dificultades tanto metodológicas y de medida inherentes al carácter privado de las mismas y la multidimensionalidad del constructo de género, que suponen una serie de limitaciones a la hora de interpretar y extrapolar los resultados a la población de referencia, si bien los resultados obtenidos son consistentes con la mayoría de las fuentes consultadas.

Una primera fuente de limitaciones proviene del tipo del tamaño de la muestra que es relativamente pequeño y del muestreo utilizado (“Bola de nieve”) que puede generar estimadores sesgados, derivados de la distancia social (probabilidad de contacto social en función de la

distancia social entre los individuos); modelo de islas (las oportunidades de conexión entre grupos de personas son limitados) y sesgo forzado de campo (algunas personas muy populares tienen mayores oportunidades de ser seleccionados), lo que afecta a la representatividad de la muestra y resultados, lo que no permite extrapolar los resultados a la población general. Si bien en el diseño de la encuesta se incluyó una pregunta para controlar la procedencia de la participante en función de pertenecer o no al contexto empresarial aumentando las garantías respecto a las posibles influencias de factores relativos al estrés laboral más probables en el grupo de consultoría de empresa.

Una segunda fuente de limitaciones procede del tipo de medidas utilizadas (autoinforme) en las distintas variables analizadas que pueden dar lugar a errores de interpretación e incrementar las respuestas en dirección a valores socialmente aceptados. Esto podría afectar en mayor medida al inventario de conformidad con normas de género femeninas y a la escala de actitudes disfuncionales.

Una tercera fuente de limitaciones proviene de la naturaleza transversal del estudio, que permite acceder únicamente a información puntual en un momento determinado sobre las manifestaciones de los fenómenos observados, lo que impide establecer relaciones funcionales o causales entre las variables estudiadas. Además, se añade una dificultad de índole teórica, como es la accesibilidad de creencias disfuncionales ante eventos o experiencias negativas interpersonales que afectarían a la percepción subjetiva de estrés y salud psicológica autopercebida, lo que podría estar sesgando los resultados.

Por otra parte, la extensión de los cuestionarios utilizados puede afectar a la motivación, atención y recuerdo de situaciones, afectando la cumplimentación de los mismos.

En cuanto a orientaciones y perspectivas para futuras investigaciones se realizan una serie de sugerencias.

En futuros trabajos sería conveniente incluir algunas medidas que permitan evaluar creencias sobre las emociones, tanto metacognitivas como relacionadas con estereotipos femeninos, con el objetivo de conocer aspectos más concretos de la conformidad con normas de género femeninas en relación a las creencias sobre preocupación, rumiación, así como competencias emocionales.

En este sentido y relacionado con propuestas de mejora de la medida de género, sistemáticamente se hace alusión a las dimensiones de orientación interpersonal y orientación a las emociones, sin embargo, los contenidos recogidos principalmente en la subescala *Amabilidad*, aluden fundamentalmente a los componentes emocionales en las relaciones interpersonales. Tal vez sería interesante valorar el incluir ítems referidos más directamente a la propia vivencia emocional y competencias para la gestión de las emociones displacenteras.

También sería interesante incluir medidas específicas sobre acontecimientos vitales y cotidianos estresantes en las distintas áreas de funcionamiento congruentes con creencias disfuncionales.

Asimismo, parece muy conveniente explorar en profundidad los factores y mecanismos subyacentes en relación a estas tres normas de género femeninas, en particular, clarificar las relaciones derivadas de *Modestia* sobre la percepción de estrés, salud psicológica y rumiación.

Como sugerencia para futuras investigaciones sería de gran interés continuar explorando en base a los resultados obtenidos en este trabajo la integración de relaciones funcionales entre las distintas variables aquí estudiadas, con el objetivo de elaborar modelos teóricos que incluyan la influencia de las normas de género femeninas.

Parece especialmente prometedor avanzar en las relaciones entre la conformidad con normas de género femeninas en cuanto a las creencias disfuncionales como variable de vulnerabilidad cognitiva, su relación con la percepción de estrés y la rumiación.

La importancia de incluir medidas de género y la influencia de éstas en variables psicológicas de relevancia para la salud psicológica de las mujeres, requiere integrar y considerar que las partes, si bien contienen parte del todo, mantienen relaciones entre ellas, y permitirán avanzar en la comprensión de estos resultados.



Referencias Bibliográficas

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abelson, R. P. (1981). Psychological status of the script concept. *American psychologist*, 36 (7), 715. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.36.7.715>
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.87.1.49>
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358–372. <https://doi.org/10.1037//0033-295x.96.2.358>
- Accortt, E., Freeman, M; & Allen, J. (2008). Women and major depressive disorders: clinical perspectives on causal pathways. *Journal of Women's Health*, 17, 1583-1590 <https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0592>
- Adam, E. K., Vrshek-Schallhorn, S., Kendall, A. D., Mineka, S., Zinbarg, R. E., & Craske, M. G. (2014). Prospective associations between the cortisol awakening response and first onsets of anxiety disorders over a six-year follow-up—2013 Curt Richter Award Winner. *Psychoneuroendocrinology*, 44, 47-59. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2014.02.014>
- Adams, S., Kuebli, J., Boyle, P. A., & Fivush, R. (1995). Gender differences in parent-child conversations about past emotions: A longitudinal investigation. *Sex Roles*, 33(5-6), 309-323. <https://doi.org/10.1007/bf01954572>
- Aguilera, L. (2007). Género y salud: un análisis de la relevancia de la tipificación en la salud de mujeres y hombres. Tesis doctoral. Humanidades y Ciencias Sociales 16. ISBN: 978-84-7756-774-5
- Akaike, H. (1987). Factor analysis and AIC. *Psychometrika*, 52, 317–332. <https://doi.org/10.1007/bf02294359>
- Aldao, A. & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 974-983. doi: 10.1016/j.brat.2010.06.002
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-337. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>

- Aldao, A. & Nolen-Hoeksema, S. (2012). The influence of context on the implementation of adaptative emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 493-501. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.04.004>
- Aldao, A. (2013). The future of emotion regulation: Research capturing context. *Perspectives on Psychological Science*, 8 (2), 155-172. doi: 10.1177/1745691612459518
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 974-983. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2010.06.002>
- Alonso, J., & Lépine, J. P. (2007). Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Journal of Clinical Psychiatry*.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Hogan, M. E., Whitehouse, W. G., Rose, D. T., Robinson, M. S., ... & Lapkin, J. B. (2000). The Temple-Wisconsin Cognitive Vulnerability to Depression Project: lifetime history of axis I psychopathology in individuals at high and low cognitive risk for depression. *Journal of abnormal psychology*, 109(3), 403-418. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.109.3.403>
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Whitehouse, W. G., Hogan, M. E., Panzarella, C., & Rose, D. T. (2006). Prospective incidence of first onsets and recurrences of depression in individuals at high and low cognitive risk for depression. *Journal of abnormal psychology*, 115(1), 145. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.115.1.145>
- Alloy, L.B., Black, S.K., Young, M.E, Goldstein, K.E., Shapero, B.G., Stange, J.P., Boccia, A.S, Matt, L.M, Boland, E., Moore, L. & Abramson, L.Y. (2012). Cognitive vulnerabilities and depression versus other psychopathology symptoms and diagnoses in early adolescence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41 (5), 539-560. <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.703123>
- Alvarez-Icaza, M. A. V., Gómez-Maqueo, E. L., & Patiño, C. D. (2004). La influencia de la autoestima en la percepción del estrés y el afrontamiento en niños de edad escolar. *Salud Mental*, 27(4), 18-25.
- Altable, C. (1998). Penélope o las trampas del amor. *Valencia: Nau Llibres*.
- American Psychological Association (2007). Guidelines for Psychological Practice With Girls and Women. *American Psychologist* 62, (9), 949-979. DOI: 10.1037/0003-066X.62.9.949
- Arnett, J. J. (1995). Adolescents' uses of media for self-socialization. *Journal of youth and adolescence*, 24(5), 519-533. <https://doi.org/10.1007/bf01537054>

- Averill, J. R. (1973). Personal control over aversive stimuli and its relationship to stress. *Psychological bulletin*, 80(4), 286. <https://doi.org/10.1037/h0034845>
- Mateos, J. L. A. (2004). Depresión: una prioridad en salud pública. *Medicina clínica*, 123(5), 181-186. [https://doi.org/10.1016/s0025-7753\(04\)74454-1](https://doi.org/10.1016/s0025-7753(04)74454-1)
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191-215. <https://doi.org/10.1037//0033-295x.84.2.191>
- Barberá, E. (1998). *Psicología del género*. Barcelona: Ariel.
- Barberá, E. & Cala, M. (2008). Perspectiva de género en la Psicología académica española. *Psicothema*, 20, 236-242.
- Barlow, D.H. (2000) Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion regulation. *American Psychologist*, 55, 11, 1247-1263. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.11.1247>
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety ad panic*. Nueva York: Guilford
- Barlow, D.H., Allen, L.B. & Choate, M.L. (2004) Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy* 35, 205–230. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(04\)80036-4](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(04)80036-4)
- Barlow DH, Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Allen LB, Ehrenreich-May J. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide. New York: Oxford University Press; 2011.
- Barnhofer, T., Kuehn, E.M., Meyer, R., & Williams, M. (2007). Beliefs about benefits of rumination in depressed men and women with and without a history of assault. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 3, 317-324. <http://dx.doi.org/10.1017/S1352465806003341>
- Barnett, P. A., & Gotlib, I. H. (1990). Cognitive vulnerability to depressive symptoms among men and women. *Cognitive Therapy and Research*, 14(1), 47-61. <https://doi.org/10.1007/bf01173524>
- Barret, A., & Raskin-White, H. (2002). The trajectories of gender role orientations in adolescence and early adulthood: a prospective study of the mental health effects of masculinity and femininity. *Journal Health and Social Behavior*, 43, 451-468. <https://doi.org/10.2307/3090237>
- Barrett, L. F., Gross, J. J., Conner, T., & Benvenuto, M. (2001). Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation

- and emotion regulation. *Cognition and Emotion*, 15, 713-724.
<https://doi.org/10.1080/02699930143000239>
- Barnett, R. C., & Hyde, J. (2001). Women, men, work, and family: An expansionist theory. *American Psychologist*, 56 (10), 781-796. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.56.10.781>
- Bhatia, S. & Dey, S. (2011). Gender differences in depressive symptoms: The role of daily hassles, coping styles, social support and personal mastery. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 37(1), 86-97.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*, 61(2), 226.
<https://doi.org/10.1037//0022-3514.61.2.226>
- Baucom, D. H. (1976). Independent masculinity and femininity scales on the California Psychological Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44(5), 876.
<https://doi.org/10.1037//0022-006x.44.5.876>
- Bebbington, P. (1998). Sex and depression. *Psychological Medicine*, 28, 1-8.
<https://doi.org/10.1017/s0033291797006065>
- Bennett, S. D., Ambrosini, P. J., Kudes, D., Metz, C., & Rabinovich, H. (2005). Gender differences in adolescent depression: Do symptoms differ for boys and girls? *Journal of Affective Disorders* 89, 35-44. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2005.05.020>
- Beck, A.T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1 (1), 5-37.
- Beck, A. T., & Clark, D. A. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Research*, 1, 23-46. <https://doi.org/10.1080/10615808808248218>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer (orig. 1979).
- Beck, A.T., & Clark, D.A. (1997). An information processing model of anxiety: automatic and strategic process. *Behavioral Reserch and. Therapy.*, 35, (1), 49-58.
[https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(96\)00069-1](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(96)00069-1)
- Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (1996). *Manual de psicopatología* (2). Madrid: McGraw-Hill.
- Bem, S.L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 155-16. <https://doi.org/10.1037/h0036215>
- Bem, S. (1981). Gender Schema Theory: A cognitive Account of Sex Typing. *Psychological Review*, 88, 354-364. <https://doi.org/10.1037//0033-295x.88.4.354>

- Bernblum, R., & Mor, N. (2010). Rumination and emotion-related biases in refreshing information. *Emotion*, 10(3), 423. <https://doi.org/10.1037/a0018427>
- Berger, J.L., Addis, M.E., Reilly, E.D., Syzdek, M.R., & Green, J.D. (2012). Effects of gender, diagnostic labels, and causal theories on willingness to report symptoms of depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31(8), 439-457. <http://dx.doi.org/10.1521/jscp.2012.31.5.439>
- Berzins, J. I., Welling, M. A., & Wetter, R. E. (1978). A new measure of psychological androgyny based on the Personality Research Form. *Journal of consulting and clinical psychology*, 46(1), 126. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.46.1.126>
- Billings, A.G., & Moos, R.H. (1981). The Role of Coping Resources in Attenuating the Stress of Life Events. *Journal of Behavior Medicine*, 4, 139-157. <http://dx.doi.org/10.1007/BF00844267>
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1984). Coping, stress, and resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 877-891. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.46.4.877>
- Bjorklund, D. F., & Kipp, K. (1996). Parental investment theory and gender differences in the evolution of inhibition mechanisms. *Psychological Bulletin*, 120, 163–188. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.120.2.163>
- Blankstein, K. R. & Lumley, C.H. (2008). Multidimensional perfectionism and ruminative brooding in current dysphoria, anxiety, worry and anger. *Rational and Emotional Cognitive Behavior Therapy*, 26, 168-193. <https://doi.org/10.1007/s10942-007-0068-z>
- Blazer, D.G., Kessler, R. C., McGonagle, K.A., & Swartz, M.S. (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the national comorbidity survey. *American Journal of Psychiatry*, 151, 979-986. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.7.979>
- Blincoe, S., & Harris, M. (2011). Status and inclusion, anger, and sadness: Gendered responses to disrespect. *European Journal of Social Psychology*, 41, 508-517. <https://doi.org/10.1002/ejsp.811>
- Boden, M. T., & Berenbaum, H. (2011). What you are feeling and why: Two distinct types of emotional clarity. *Personality and Individual Differences*, 51, 652-656. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.06.009>
- Boden, M.t., & Thompson, R.J. (2016). Meta-analysis of the association between emotional Clarity and Attention to emotions. *Emotion Review* 1 –7 . <https://doi.org/10.1177/1754073915610640>

- Bones-Rocha, K., Pérez, K.; Rodríguez-Sanz, M.; Borrell, C., & Obiols, J. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*, 22, 389-395. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3742.pdf>
- Borkovec, T.D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J.A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research & Therapy*, 21, 9–16. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(83\)90121-3](https://doi.org/10.1016/0005-7967(83)90121-3)
- Borkovec, T. D., Ray, W. J., & Stober, J. (1998). Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy and Research*, 22(6), 561-576. <https://doi.org/10.1023/a:1018790003416>
- Block, J. H. (1983). Differential premises arising from differential socialization of the sexes: Some conjectures. *Child development*, 1335-1354. <https://doi.org/10.2307/1129799>
- Bottomley, A. (1998). Book Review: Frank Wills and Diana Sanders (1997). Cognitive Therapy—Transforming the Image. Sage Publications (195 pp). *Clinical. Psychology & Psychotherapy* 5, 276. Doi:10.1002/(SICI)1099-0879(199812)5:4<276::AID-CPP168>3.0.CO;2-A
- Brannon, L., & Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Thomson-Paraninfo. España. ISBN: 84-9732-020-4
- Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129-148.
- Bower, G.H. (1982). Emociones y cognición. *Revista Mexicana de Psicología* 1 (2), 110-118
- Bower, G.H, & Sivers, H. (1998). Cognitive impact of traumatic events. *Development and Psychopathology*, 10, 625-653 <https://doi.org/10.1017/s0954579498001795>
- Bower, G. H., & Forgas, J. P. (2000). Affect, memory, and social cognition. In E. Eich, J. F. Kihlstrom, G. H. Bower, J. P. Forgas, & P. M. Niedenthal (Eds.), *Cognition and emotion* (pp. 87–168). New York, NY: Oxford University Press
- Bowlby, J. (1988). Attachment, communication, and the therapeutic process. *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*, 137-157. <http://dx.doi.org/10.1176/ps.41.6.684-a>
- Bridges, K. R., & Harnish, R. J. (2010). Role of irrational beliefs in depression and anxiety: a review. *Health*, 2(08), 862. <https://doi.org/10.4236/health.2010.28130>
- Brown, J.A., Cross, H.J., & Nelson, J.M. (1990). Sex-role identity and sex-role ideology in college women with bulimic behaviour. *International Journal of Eating Disorders*, 9,

- 571-575. [http://dx.doi.org/10.1002/1098-108X\(199009\)9:5<571::AID-EAT2260090513>3.0.CO;2-L](http://dx.doi.org/10.1002/1098-108X(199009)9:5<571::AID-EAT2260090513>3.0.CO;2-L)
- Brown, T.A., Antony, M.M., & Barlow, D.H. (1995) Diagnostic comorbidity in panic disorder: Effect on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 163, 408–418. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.63.3.408>
- Brown, J. D., Steele, J. R., & Walsh-Childers, K. (Eds.). (2002). *Sexual teens, sexual media*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Brody, L. R. (1985). Gender differences in emotional development: A review of theories and research. *Journal of personality*, 53(2), 102-149. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1985.tb00361.x>
- Brody, L. R., & Hall, J. A. (2000). Gender, emotion, and expression. *Handbook of emotions*, 2, 338-349.
- Brody, L. R., & Hall, J.A. (2008). Gender and emotion in context. In M. Lewis, J.N. Haviland-Jones and L. Felman Barret (Eds.): *Handbook of emotions* (3ª Ed) (pp.395-407). The Guilford Press. New York and London. Recuperado de <https://imshever.files.wordpress.com/2014/09/brodyhall2008.pdf>
- Brody, L. R., & Hall, J. A. (2010). Gender, emotion, and socialization. In *Handbook of gender research in psychology* (pp. 429-454). Springer New York.
- Bruel, T. (2008). Representaciones sociales de género: Un estudio psicosocial acerca de lo masculino y lo femenino. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid
- Buela-Casal, G., Fernández Ríos, L., & Carrasco, T. J. (1997). Psicología preventiva. *Pirámide Madrid*.
- Bunevicius, A., Katkute, A., & Bunevicius, R. (2008). Symptoms of anxiety and depression in medical students and in humanities students: relationship with big-five personality dimensions and vulnerability to stress. *International Journal of Social Psychiatry*, 54(6), 494-501. <https://doi.org/10.1177/0020764008090843>
- Butler, L. & Nolen-Hoeksema, S. (1994). Gender differences to depressed mood in a college sample. *Sex Roles*, 30 (5-6), 331-346. <http://dx.doi.org/10.1007/BF01420597>
- Burin, M. (1987). *Estudios sobre la subjetividad femenina: mujeres y salud mental*. Grupo Editor Latinoamericano.

- Byrne, D. (1964). Repression-sensitization as a dimension of personality. *Progress in experimental personality research*, 72, 169-220. <https://doi.org/10.2307/1126850>
- Cacioppo, J., & Gardner, W.L. (1999). Emotion. *Annual Review of Psychology*, 50, 191-214. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.50.1.191>
- Calmes, C., & Roberts, J. (2007). Repetitive thought and emotional distress: Rumination and worry as prospective predictors of depressive and anxious symptomatology. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 343-356. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9026-9>
- Calmes, C & Roberts, J. (2008). Rumination in interpersonal relationships: Does Co-rumination explain gender differences in emotional distress and relationship satisfaction among college students. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 577-590. <https://doi.org/10.1007/s10608-008-9200-3>
- Calvete, E. (2005). Género y vulnerabilidad cognitiva a la depresión: el papel de los pensamientos automáticos. *Ansiedad y estrés*, 11(2-3), 203-214.
- Campo-Arias, A. (2007). Cuestionario general de salud-12: análisis de factores en población general de Bucaramanga, Colombia. *Iatreia*, 20(1), 29-36.
- Campos, M., Páez, D., & Velasco, C. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos traumáticos: un estudio longitudinal sobre el 11-M. *Ansiedad y estrés*, 10(2-3), 277-286.
- Cane, D. B., Olinger, L. J., Gotlib, I. H., & Kuiper, N. A. (1986). Factor structure of the Dysfunctional Attitude Scale in a student population. *Journal of Clinical Psychology*, 42(2), 307-309. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198603\)42:2<307::aid-jclp2270420213>3.0.co;2-j](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198603)42:2<307::aid-jclp2270420213>3.0.co;2-j)
- Cannon, W. B. (1932). Homeostasis. *The wisdom of the body*. Norton, New York.
- Vindel, A. C. (1989). *Cognición, emoción y personalidad: un estudio centrado en la ansiedad* (Doctoral dissertation, Universidad Complutense, Departamento de Psicología Básica II (Procesos Cognitivos).
- Cano-Vindel, A. (1995). Orientaciones en el estudio de la emoción. In E. G. Fernández-Abascal (Ed.), *Manual de Motivación y Emoción* (pp. 337-383). Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Cano-Vindel, A. & Miguel-Tobal, J.J. (1999). Valoración, afrontamiento y ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, 5, 129-143.
- Cano-Vindel, A., Siergo, A. & Díaz-Ovejero, M. (1999). Control, defensa y expresión de emociones: Relación con la salud y la enfermedad. En E. Fernández-Abascal y F. Palmero (Eds.) *Emociones y Salud* (pp.69-87). Barcelona: Ariel.

- Cano-Vindel, A., & Miguel-Tobal, J. J. (2001). Emociones y Salud. *Ansiedad y Estrés*, 7, 111-121.
- Cano-Vindel, A. (2011). Bases teóricas y apoyo empírico de la intervención psicológica sobre desordenes emocionales en atención primaria. Una actualización. *Ansiedad y Estrés*, 17, 157-184.
- Cantrell, P. & Ellis, J. (1991). Gender role and risk patterns for eating disorders in men and women. *Journal of Clinical Psychology*, 47 (1), 53-57. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199101\)47:1<53::aid-jclp2270470108>3.0.co;2-n](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199101)47:1<53::aid-jclp2270470108>3.0.co;2-n)
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 184 -195. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.66.1.184>
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1998). On the self- regulation of behavior. New York: Cambridge University Press.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1999). Optimism. In C. R. Snyder (Ed.), *Coping: The psychology what works* (pp. 182-204). New York: Oxford University Press.
- Castillo, M., & González-Leandro, P. (2010). Estrés y ansiedad: Relación con la cognición. 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2010. Recuperado el 21 de marzo de 2012 de www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/1194
- Castrillón, D., Chaves, L., Ferrer, A., Londoño, N., Mestre, K., Marin, C., & Schnitter, M. (2005). Validación del *Young schema questionnaire long form - second edition (YSQ - l2)* en población colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37 (3), 541-560. Extraído de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rlp/v37n3/v37n3a07.pdf>
- Catanzaro, S.J., Wasch, H.H., Kirsch, I., & Mearns, J. (2000). Coping-related expectancies and dispositions as prospective predictors of coping responses and symptoms. *Journal of Personality* 68, 757-788. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00115>
- Catanzo, S.J., Backenstrass, M., Mearns, J., Pfeiffer, N., & Brendalen, S.M. (2014). Prediction of symptoms of emotional distress by mood regulation expectancies and affective traits. *International Journal of Psychology*, 49, 471-479. <https://doi.org/10.1002/ijop.12062>
- Chaplin, T.M., Cole, P.M., & Zahn-Waxler, C. (2005). Parental socialization of emotion expression: gender differences and relations to child adjustment. *Emotion*, 5 (1), 80-88. DOI: 10.1037/1528-3542.5.1.80

- Cheung, M. S. P., Gilbert, P., & Irons, C. (2004). An exploration of shame, social rank and rumination in relation to depression. *Personality and Individual Differences*, 36(55), 1143–1153. doi:10.1016/S0191-8869(03)00206-X
- Chester, A., & Bretherton, D. (2001). What makes feminist counselling feminist?. *Feminism & Psychology*, 11(4), 527-545. <https://doi.org/10.1177/0959353501011004006>
- Chodorow, N. (1978). The reproduction of motherhood. *Psychoanalysis and the Sociology of Gender*. <https://doi.org/10.1177/0959353502012001551>
- Choliz, M. (2005). Psicología de la emoción: el proceso emocional. Recuperado de www.uv.es/=choliz
- Ciarrochi, J., Caputi, P. and Mayer, J.D. (2003) The distinctiveness and utility of a measure of trait emotional awareness. *Personality and Individual Differences*, 34, 1477-1490. doi:10.1016/S0191-8869(02)00129-0
- Ciellsa, J.A., Felton, J.W. & Roberts, J.E. (2011). Testing the cognitive catalyst model of depression: ¿does Rumination amplify the impact of cognitive diatheses in response to stress? *Cognition and Emotion*, 25 (8), 1349-1357. <http://dx.doi.org/10.1080/02699931.2010.543330>
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*. New York: Guilford Press New York
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90011-2](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90011-2)
- Clark, D. M., & Beck, A. T. (1988). Cognitive approaches. In C. Last & M. Hersen (Eds.), *Handbook of anxiety disorders* (pp. 362-385). Oxford: Pergamon Press.
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Brown, G. (1989). Cognitive mediation in general psychiatric outpatients: A test of the content-specificity hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 958–964. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.56.6.958>
- Clark, D.A., Beck, A.T. y Alford, B.A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: John Wiley
- Clark, D.A., & Beck, A.T. (2010). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: convergence with neurobiological findings. *Trends in Cognitive Sciences*, 14, 9, 418–424 doi:10.1016/j.tics.2010.06.007

- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.100.3.316>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 385-396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Cohen, S., & Williamson, G. M. (1991). Stress and infectious disease in humans. *Psychological bulletin*, 109(1), 5. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.109.1.5>
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences Lawrence Earlbaum Associates. Hillsdale, NJ, 20-26.
- Consedine, N.S, Magai, C., & Chin, S. (2004). Hostility and anxiety differentially predict cardiovascular disease in men and women. *Sex Roles*, 50, 63-75. <https://doi.org/10.1023/b:sers.0000011073.44105.6f>
- Conway, M., Csank, P. A. R., Holm, S. L., & Blake, C. K. (2000). On assessing individual differences in rumination on sadness. *Journal of Personality Assessment*, 75, 404-425. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa7503_04
- Cox, S. J., Mezulies, A. H. & Hyde, J.S. (2010). The influence of child gender role and maternal feedback to child stress on the emergence of gender difference in depressive Rumination in adolescence. *Developmental Psychology*, 46 (4), 842-852. doi: 10.1037/a0019813
- Crompton, R., & Harris, F. (1998). Explaining women's employment patterns:'orientations to work'revisited. *British journal of Sociology*, 118-136. <https://doi.org/10.2307/591266>
- Cronkite, R. C., & Moos, R. H. (1984). The role of predisposing and moderating factors in the stress-illness relationship. *Journal of health and social behavior*, 372-393. <https://doi.org/10.2307/2136377>
- Conway, C. C., Slavich, G. M., & Hammen, C. (2015). Dysfunctional attitudes and affective responses to daily stressors: Separating cognitive, genetic, and clinical influences on stress reactivity. *Cognitive therapy and research*, 39(3), 366-377. <https://doi.org/10.1007/s10608-014-9657-1>
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Four ways five factors are basic. *Personality and individual differences*, 13(6), 653-665. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(92\)90236-I](https://doi.org/10.1016/0191-8869(92)90236-I)
- Cross, S. E., & Madson, L. (1997). Models of the self: self-construals and gender. *Psychological bulletin*, 122(1), 5. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.122.1.5>
- Cuevas, T. (2009). Cuerpo, feminidad y consumo: El caso de jóvenes universitarias. *Revista Ciencias Sociales*, 123-124, 79-92. <https://doi.org/10.15517/rcs.v0i123-124.8815>

- Cuéllar Flores, I., Sánchez-López, M.P., Dresch, V. & Aparicio, M.E. (2009). Conformity to Feminine Gender Norms in the Spanish population. *Social Behavior and Personality*, 37 (9), 1171-1186. DOI:10.4236/psych.2011.24047
- Cuéllar-Flores, I.; Sánchez-López, M. & Dresch, V. (2011). El inventario de conformidad con las normas de género masculinas (CMNI) en la población española. *Anales de la Psicología* 27, 170-178. ISSN 0212-9728. Extraído de <http://revistas.um.es/analesps>
- Cyranowski, J.M., Frank, E., Young, E., & Shear, K. (2000). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression. *Archives of General Psychiatry*, 57, 21-27. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.1.21>
- Daches, S., Mor, N., Winkvist, J., & Gilboa-Schechtman, E. (2010). Brooding and attentional control in processing self-encoded information: Evidence from a modified Garner task. *Cognition and Emotion*, 24(5), 876-885. <https://doi.org/10.1080/02699930902954825>
- Dahab, J., Rivadeneira, C., & Minici, A. (2010). El enfoque cognitivo-transaccional del estrés. *Revista de Terapia Cognitiva Conductual [Internet]*, 23.
- Davies, P. G., Spencer, S. J., & Steele, C. M. (2005). Clearing the air: identity safety moderates the effects of stereotype threat on women's leadership aspirations. *Journal of personality and social psychology*, 88(2), 276. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.88.2.276>
- Davis, M., Matthews, K. & Twamley, E. (1999): Is life more difficult on mars or venus? A meta-analytic review of sex differences in major and minor life events. *Annals of Behavioral Medicine*, 21(1), 83-97.doi:10.1007/BF02895038
- Davis, R.N., & Nolen-Hoeksema, S. (2000). Cognitive inflexibility among ruminators and non ruminators. *Cognitive Therapy & Research*, 24, 699–711. <https://doi.org/10.1023/a:1005591412406>
- Damasio, A. R. (1999). The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness. New York: Harcourt Brace.
- Deaux, K., & Lewis, L.L. (1984). Structure of gender stereotypes: Interrelationship among components and gender labels. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 991-1004. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.46.5.991>
- Deaux, K.; Stewart, A J, & Unger, R. K. (Ed). (2001). Handbook of the psychology of women and gender, (pp. 84-97). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc, xvi, 556 pp.

- Dickinson, K.J (2007). The relationship between relational forms of aggression and conformity to gender roles in adults. Dissertation Abstracts International: Section B: *The Sciences and Engineering*, 1920.
- Diener, E., & Fujita, F. (1995). Resources, personal strivings, and subjective well-being: a nomothetic and idiographic approach. *Journal of personality and social psychology*, 68(5), 926. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.68.5.926>
- Dio Bleichmar, E. (1991). La depression en la mujer. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11 (39), 283-287.
- Doron, J., Thomas-Ollivier, V., Vachon, H., & Fortes-Bourbousson, M. (2013). Relationships between cognitive coping, self-esteem, anxiety and depression: A cluster-analysis approach. *Personality and Individual Differences*, 55(5), 515-520. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.04.017>
- Dozois, D. J., Seeds, P. M., & Collins, K. A. (2009). Transdiagnostic approaches to the prevention of depression and anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 44-59. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.44>
- Dunn, J., Bretherton, I., & Munn, P. (1987). Conversations about feeling states between mothers and their young children. *Developmental psychology*, 23(1), 132. <https://doi.org/10.1037//0012-1649.23.1.132>
- Eagly, A. H. (1987). Sex differences In social behavior: A social-role Interpretation. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Eagly, A., & Wood, W. (1988). Explaining Sex Differences in Social Behavior: A Meta-Analytic Perspective. Paper presented at the Annual Meeting of the American Psychological Association (96th, Atlanta, GA, August 12-16)
- Eagly, A. H., & Wood, W. (1991). Explaining sex differences in social behavior: A meta-analytic perspective. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17, 306-315. <https://doi.org/10.1177/0146167291173011>
- Eaton, N., Keyes, K., Krueger, R., Balsis, S., Skodol, A., Markon, K., & Hasin, D. (2012). An invariant dimensional liability model of gender differences in mental disorder prevalence: Evidence from a national sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 121, 282-288. Doi:10.1037/a0024780
- Eberhart, N., Auerbach, R., Bigda-Peyton, J., & Abela, J. (2011). Maladaptive Schemas and Depression: Tests of Stress Generation and Diathesis-Stress Models. *Journal of Social and Clinical Psychology* 30 (1), 75-104. doi: 10.1521/jscp.2011.30.1.75

- Edwards, E. (2007). *Are Eating Disorders Feminist? Power, Resistance, and the Feminine Ideal*. Ponencia presentada en "Perspectives on Power". Belfast: Queen's University. Recuperado de <http://www.qub.ac.uk/sites/QUEST/JournalIssues/>
- Echebarria, A. (2010). Role identities versus social identities: Masculinity, femininity, instrumentality, and communality. *Asian Journal of Social Psychology*, 13 (1), 30-43. DOI: 10.1111/j.1467-839X.2010.01298.x
- Ehring, T. & Watkins, E. (2008) Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1, 192–205. <https://doi.org/10.1680/ijct.2008.1.3.192>
- Eisler, R. M., & Skidmore, J. (1995). The relationship between masculine gender role stress and men's health risk: The validation of a construct. In R. Levant & Pollack, W.S (Eds). *A new psychology of men*, (pp. 207-225). New York, NY, US: Basic Books, xiv, 402 pp.
- Eisler, R., Skidmore, J. & Ward, C. (1988). Masculine gender -role stress: predictor of anger, anxiety, and health-risk behaviors. *Journal Personality Assessment*, 52 (1), 133-141. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_12
- Ellis, A. (1970). *Razón y emoción en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer (orig. 1962)
- Ellis, A., & Grieger, R. (1989). *Manual de terapia racional-emotiva* (Vol. 1). Bilbao: Desclée de Brouwer (orig. 1977).
- Endler, N. & Okada, M. (1975). A multidimensional measure of trait anxiety: The S-R Inventory of General Trait Anxiousness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 319-329. <https://doi.org/10.1037/h0076643>
- Endler, N. S., & Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of personality and social psychology*, 58(5), 844. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.58.5.844>
- Erber, R., & Erber, M.W. (2000). The self-regulation of moods: second thoughts on the importance of happiness in everyday life. *Psychological Inquiry* 11 (3) 142-148. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1103_02
- Etxebarria, I., Pascual, A. & Conejero, S. (2011). La empatía, raíz emocional de la conducta moral. En P. Fernández-Berrocal, N. Extremera, R. Palomera, D. Ruiz-Aranda, J. M. Salguero y R. Cabello, *Inteligencia Emocional: 20 años de investigación y desarrollo* (pp. 23-27). Santander: Fundación Botín

- Ettner, S. L., & Grzywacz, J. G. (2003). Socioeconomic status and health among Californians: an examination of multiple pathways. *American Journal of Public Health*, 93(3), 441-444. <https://doi.org/10.2105/ajph.93.3.441>
- Estévez, A. & Calvete, E. (2009). Mediación a través de pensamientos automáticos de la relación entre esquemas y síntomas de depresión. *Anales de Psicología*, 25(1), 27-35. ISSN 0212-9728. Extraído de <http://revistas.um.es/analesps>
- EU-World Mental Health Consortium (2012). The Gender Perspective of Mental Health in Europe. Recuperado de <http://www.eu-wmh.org/PDF/GENDER.pdf>
- Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2002). Relation of perceived emotional intelligence and health related quality of life of middle-aged women. *Psychological Reports*, 91, 47-59. <https://doi.org/10.2466/pr0.2002.91.1.47>
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2006). Emotional Intelligence as predictor of the mental, social, and physical health in university students. *Spanish Journal of Psychology*, 9, 45-51. <https://doi.org/10.1017/s1138741600005965>
- Eysenck, M.W. (1992). *Anxiety: The Cognitive Perspective*. London: Lawrence Erlbaum Associates, Ltd.
- Eysenck, M. & Derkshan, N. (1997). Un marco teórico cognitivo para los trastornos de ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, 3, 121-134.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1975). *EPQ (Eysenck personality questionnaire)*. Educational and Industrial Testing Service.
- Eysenck, M., & Eysenck, W. (2007). Four-Factor Theory and the Anxiety Disorders. *Ansiedad y Estrés*, 13, 283-289.
- Fagan, C., & Burchell, B. (2002). Gender, Jobs and Working Conditions in the European Union. Extraído de <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED475394.pdf>
- Farran, C. J., Miller, B. H., Kaufman, J. E., Donner, E., & Fogg, L. (1999). Finding meaning through caregiving: Development of an instrument for family caregivers of persons with Alzheimer's disease. *Journal of clinical psychology*, 55(9), 1107-1125. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-4679\(199909\)55:9<1107::aid-jclp8>3.0.co;2-v](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-4679(199909)55:9<1107::aid-jclp8>3.0.co;2-v)
- Feldman, L., & Blanco, G. (2006). Las emociones en el ambiente laboral: un nuevo reto para las organizaciones. *Revista de la Facultad de Medicina*, 29(2), 103-108. Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692006000200002&lng=es&tlng=es.

- Festinger, L. (1957). *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford University Press. Stanford: California.
- Fernández Abascal, E. G. (1994). Corren tiempos de ira. Recuperado de <http://www.ucm.es/info/seas/Boletine/boseas00.htm> SEAS artículo
- Fernández-Abascal, E. & Palmero, F. (1999). Ira y hostilidad: Aspectos básicos y de intervención. En E. Fernández-Abascal y F. Palmero (Eds.). *Emociones y Salud* (pp. 232-250) Barcelona: Ariel.
- Fernández-Abascal, E.G. (2000). El Estrés. En E.G. Fernández-Abascal y M.P. Jiménez (Eds.), *El control del estrés*. Madrid: Uned
- Fernández-Abascal, E.G. (2002). Desarrollos tecnológicos en la investigación de las emociones. En Perspectivas actuales en el estudio de las emociones. *Seminarios Internacionales Complutenses*. Facultad de Psicología. UCM.
- Fernández, J. (1996). Sexo, sexología y generología. En Fernández (Eds.), *Varones y Mujeres. Desarrollo de la doble realidad del sexo y del género* (pp.31-45). Madrid: Pirámide.
- Fernández, J. (Eds.) (1998). Nuevas perspectivas en el desarrollo del sexo y el género. Madrid: Pirámide.
- Fernández, J. (2011). Un siglo de investigaciones sobre masculinidad y feminidad: una revisión crítica. *Psicothema*, 23, 167-172. ISSN 0214 – 9915. Extraído de <https://www.unioviedo.es/reunido/index.php/PST/article/view/9018/8882>
- Fernández, J., Quiroga, M. A., del Olmo, I. & Rodríguez, A. (2007). Escalas de masculinidad y feminidad: estado actual de la cuestión. *Psicothema*, 19 (3), 357-365. ISSN 0214 – 9915. Extraído de <https://www.unioviedo.es/reunido/index.php/PST/article/viewFile/8540/8404>
- Fernandez-Berrocal, P., Extremera, N., & Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological reports*, 94(3), 751-755. <https://doi.org/10.2466/pr0.94.3.751-755>
- Fernández-Berrocal, P. & Extremera, N. (2003). ¿En qué piensan las mujeres para tener un peor ajuste emocional? *Encuentros en Psicología Social*, 1, 255-259.
- Fernández-Berrocal, P., & Extremera, N. (2005). La inteligencia emocional y la educación de las emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 19, 3, 63-93. ISSN 0213-8646
- Fernández-Berrocal, P., & Extremera, N. (2006c). La investigación de la Inteligencia Emocional en España. *Ansiedad y Estrés*, 12, 2-3, 139-153

- Fernández-Berrocal, P., & Ruiz, D. (2008). La inteligencia emocional en la educación. *Revista electrónica de investigación psicoeducativa* 6 (2), 421-436.
- Fernández-Martínez, M.E. (2009). Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional. Tesis doctoral. Universidad de León. Facultad de Psicología, Sociología y Filosofía. España
- Ferrer, V., Bosch, E. & Gili, M. (1998). Aspectos diferenciales en salud entre las mujeres que trabajan fuera del hogar y las amas de casa. *Psicothema*, 10, (1) 53 – 63.
- Ferrer, V., Bosch, E., Navarro, C., & Ramis, C. G. M. (2008). Los micromachismos o microviolencias en la relación de pareja. Una aproximación empírica. *Anales de Psicología*, 24(2), 341-252. ISSN 0212-9728. Extraído de www.um.es/analesps
- Fischer, A., & Evers, C. (2011). The social costs and benefits of anger as a function of gender and relationships context. *Sex Role*, 65, 23-34. <https://doi.org/10.1007/s11199-011-9956-x>
- Fischer, A. H., & Manstead, A. S. (2000). The relation between gender and emotions in different cultures. In Fischer, A. *Gender and emotion: Social psychological perspectives* Cambridge University Press. Choice Reviews Online, 38(03), 38–1844–38–1844. doi:10.5860/choice.38-1844
- Fiske, S. T., & Taylor, S. E. (1991). Social cognition, 2nd. NY: McGraw-Hill, 16-15.
- Fivush, R., Brotman, M., Buckner, J., & Goodman, S. (2000). Gender differences in parent-child emotion narratives. *Sex Roles*, 42, (3-4), 233-253. <https://doi.org/10.1023/a:1007091207068>
- Flynn, J., Hollenstein, T., & Mackey, A. (2010). The effect of suppressing and not accepting emotions on depressive symptoms: Is suppression different for men and women?. *Personality and Individual Differences*, 49, 582-586. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.05.022>
- Folkman, S., & Moskowitz, J.T. (2003). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist* 55 (6), 647- 654. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.55.6.647>
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of personality and social psychology*, 50(5), 992-1003. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.5.992>

- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of personality and social psychology*, 50(3), 571. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.50.3.571>
- Fonagy, P. (1999). Memory and therapeutic action. *The International journal of psychoanalysis*, 80(2), 215. <https://doi.org/10.1516/0020757991598620>
- Forgas, J.P., & Bower, G.H. (1987). Mood effects on person-perception judgment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 1, 53-60. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.53.1.53>
- Forgas, J. P., Johnson, R., & Ciarrochi, J. (1998). Mood Management. In *Personal Control in Action* (pp. 155-195). Springer US.
- Forgas, J. P. (2000). Managing moods: Toward a dual-process theory of spontaneous mood regulation. *Psychological Inquiry*, 11(3), 172-177. <http://www.jstor.org/stable/1449797>
- Forgas, J. P. (2002). Feeling and doing: Affective influences on interpersonal behavior. *Psychological Inquiry*, 13, 1-28. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1301_01
- Franck, E., & De Raedt, R. (2007). Self-esteem reconsidered: Unstable self-esteem outperforms level of self-esteem as vulnerability marker for depression. *Behaviour research and therapy*, 45(7), 1531-1541. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.01.003>
- Freedman, R. (1986). *Beauty bound*. Massachusett: Heath.
- Freeston, M.H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M.J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17, 791-802. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90048-5](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90048-5)
- Fresco, D., Frankel, A., Mennin, D., Turk, C., & Heimberg, R. (2002). Distinct and overlapping features of rumination and worry: the relationship of cognitive production to negative affective states. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 179-188. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1014517718949>
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Frijda, N. H. (1988). The laws of emotion. *American Psychologist*, 43, 349-358.
- Gallagher, K. & Parrott, D. (2011). What accounts for men's hostile attitudes toward women? The influence of hegemonic male role norms and masculine gender role stress. *Violence Against Women* 17, 568-583. <https://doi.org/10.1177/1077801211407296>
- García-León, A., Reyes del Paso, G., Pérez-Marfil, M. & Vila, J. (2004). Una revisión de algunos auto-informes para la medida del constructo hostilidad/ira/agresión. *Ansiedad y Estrés*, 10, 89-109.

- García - Mina, A. (2000). A vueltas con la categoría Género. *Papeles del Psicólogo*, 76, 35-39.
- García Vega, E., Fernández García, M. P., & Rico Fernández, R. A. (2005). Género y sexo como variables moduladoras del comportamiento sexual en jóvenes universitarios. *Psicothema*, 17 (1).
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311–1327. [https://doi.org/10.1016/s0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(00)00113-6)
- Garnefski, N., Teerds, J. Kraaij, V. Legerstee, J. & Van den Kommer, T. (2004). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: differences between males and females. *Personality and Individual Differences*, 36, 267-276. [https://doi.org/10.1016/s0191-8869\(03\)00083-7](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(03)00083-7)
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual differences*, 40(8), 1659-1669. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.12.009>
- Gartzia, L., Arietzeta, A., Balluerka, N. & Barberá, E. (2012). Inteligencia emocional y género: más allá de las diferencias sexuales. *Anales de Psicología*, 28 (2), 567-575. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.28.2.1241111>
- George, D., & Mallery, P. (2003). SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Gillespie, L.B., & Eisler, R.M. (1992). Development of the feminine gender role stress Scale: A cognitive-behavioral measure of stress, appraisal and coping for women. *Behavior Modification*, 16, 426-438. <http://dx.doi.org/10.1177/01454455920163008>
- Gliem, R. R., & Gliem, J. A. (2003). Calculating, interpreting, and reporting Cronbach's alpha reliability coefficient for Likert-type scales. Midwest Research-to-Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education.
- Goldstein, B.I. (2006). Why do women get depressed and men get drunk? An examination of attributional style and coping style in response to negative life events among Canadian Young adults. *Sex Roles*, 54 (1-2). 27-37. Doi: 10.1007/s11199-006-8867-8
- Goodman, L. (1961). Snowball Sampling. *Annals of Mathematical Statistics*, 32, 148-170.
- González, M., Bethencourt, J.M., Fumero, A. & Fernández, A. (2006). Adaptación española del cuestionario “¿Por qué preocuparse?”. *Psicothema*. 18 (2), 313-318.
- Gough, H. G. (1952). Identifying psychological femininity. *Educational and Psychological Measurement*, 12(3), 427-439. <https://doi.org/10.1177/001316445201200309>

- Gotlib, I. H., & Cane, D. B. (1987). Construct accessibility and clinical depression: A longitudinal investigation. *Journal of Abnormal Psychology*, 96,3, 199-204. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.96.3.199>
- Gotlib, I. H., & Joormann, J. (2010). Cognition and depression: current status and future directions. *Annual review of clinical psychology*, 6, 285-312. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131305>
- Gracia, F., González, P., & Peiró, J. M. (1996). El trabajo en relación con otros ámbitos de la vida. *Tratado de psicología del trabajo*, 2, 187-223.
- Grandes, G., Montoya, I., Arietaleanizbeaskoa, M.S., Arce, V... et. al., (2011). The burden of mental disorders in primary care. *European Psychiatry*. doi:10.101/j.eurpsy.2010.11.002
- Gratz, K.L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26,1, 41-54. <https://doi.org/10.1023/b:joba.0000007455.08539.94>
- Green M.A., Davids, C.M., Skaggs, A. K., Riopel, C. M. & Hallengren, J.J. (2008). Femininity and Eating Disorders. *Eating Disorders*, 16 (4), 283-293. DOI: 10.1080/10640260802115829
- Greenhaus, J. H., & Beutell, N. J. (1985). Sources of conflict between work and family roles. *Academy of management review*, 10(1), 76-88. <https://doi.org/10.5465/amr.1985.4277352>
- Greenwald, A. G., & Pratkanis, A. R. (1984). Handbook of social cognition. *RS Wyer & TK Srull (Eds.)*, 3, 3-26.
- Goldstein, B.I. (2006). Why do women get depressed and men get drunk? An examination of attributional style and coping style in response to negative life events among Canadian Young adults. *Sex Roles*, 54 (1-2). 27-37. Doi: 10.1007/s11199-006-8867-8
- González, M., Bethencourt, J. M., Fumero, A., & Fernández, A. (2006). Adaptación española del cuestionario "¿Por qué preocuparse?". *Psicothema*, 18(2), 313-318.
- González Ramírez M.T., & Landero Hernández, R. (2008) Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicosomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Revista Panamericana de Salud Publica*23(1), 7–18. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892008000100002>
- Gross, J. J., & Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology Science and Practice*, 2, 151-164. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x>

- Gross, J.J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of General Psychology*, 2 (3), 271-299. doi: 10.1037/1089
- Gross, J.J. (1999). Emotion Regulation: Past, present, future. *Cognition and emotion*, 13, 5, 551-573. <https://doi.org/10.1080/026999399379186>
- Gross, J.J., & John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 2, 348-362. Doi: 10.1037/0022-3514.85.2.348
- Gross J.J. (Ed.). (2007). *The handbook of emotion regulation*. New York: Guilford.
- Gross J. J., Sheppes G., & Urry H. L. (2011). Emotion generation and emotion regulation: a distinction we should make (carefully). *Cognition and Emotion* 25, 765–781. doi: 10.1080/02699931.2011.555753.
- Gross, J.J., & Barret, L. F. (2011). Emotion generation and emotion regulation: one or two depends on your point of view. *Emotion Review*, 3,1, 8–16. doi:10.1177/1754073910380974.
- Gross J.J. (2015). Emotion regulation: current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26, 1-26. Doi. 10.1080/1047840X.2014.940781
- Harvey, A. G., Watkins, E. R., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Hadjistavropoulos, H., & Lawrence, B. (2007). Does anxiety about health influence eating patterns and shape-related body checking among females? *Personality and Individual Differences*, 43(2), 319–328. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2006.11.021>
- Hankin, B. L., & Abramson, L. Y. (2001). Development of gender differences in depression: an elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychological Bulletin*, 127, 6, 773-796. Doi: 10.1037//0033-2909.127.6.773
- Hankin, B. L. (2010). Personality and depressive symptoms: Stress generation and cognitive vulnerabilities to depression in a prospective daily diary study. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(4), 369-401. <https://doi.org/10.1521/jscp.2010.29.4.369>
- Hankin, B. L. (2012). Future directions in vulnerability to depression among youth: integrating risk factors and processes across multiple level of analysis. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42 (5), 695-718. DOI:10.1080/15374416.2012.711708

- Haro, J.M., Palacín, C., Vilagut, G. Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., et al. (2006) Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study. *Medicina Clínica*, 126, 445-451. <http://dx.doi.org/10.1157/13086324>
- Heilbrun, A. B. (1976). Measurement of masculine and feminine sex role identities as independent dimensions. *Journal of consulting and clinical psychology*, 44(2), 183. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.44.2.183>
- Hernángómez, L. (2012). Vulnerabilidad cognitiva a la depresión: relación entre sesgos atencionales, auto-representación y síntomas depresivos. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- Hertel, P. T., & Brozovich, F. (2010). Cognitive habits and memory distortions in anxiety and depression. *Current Directions in Psychological Science*, 19(3), 155-160. <https://doi.org/10.1177/0963721410370137>
- Hervás, G., & Vázquez, C. (2006 a). La regulación afectiva: Modelos, investigación e implicaciones para la salud física y mental. *Revista de Psicología General y Aplicada* 59, 9-32.
- Hervás, G., & Vázquez, C. (2006). Explorando el origen emocional de las respuestas rumiativas: el papel de la complejidad emocional y la inteligencia emocional. *Ansiedad y Estrés*. 59, 9-32.
- Hervás, G. & Jódar, R. (2008). The Spanish versión of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Clínica y Salud*, 19 (2), 139-156. <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v19n2/v19n2a01.pdf>
- Hervás, G. (2008). Adaptación al castellano de un instrumento para evaluar el estilo rumiativo: la escala de respuestas rumiativas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13, 111-121. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.13.num.2.2008.4054>
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficits emocionales en los trastornos clínicos. *Behavioral Psychology*, 19 (2) 347-372. Extraído de <http://search.proquest.com/openview/af67eaa636d6e018618f82d914da42f9/1?pq-origsite=gscholar&cbl=966333>
- Hindash, A. H. C., & Amir, N. (2011). Negative interpretation bias in individuals with depressive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 502-511. <https://doi.org/10.1007/s10608-011-9397-4>
- Hirokawa, k., Yagi, A., & Miyata, Y. (2004). An experimental examination of the effects of sex and masculinity/femininity on psychological, physiological, and behavioral responses

- during communication situations. *Sex Roles*, 51, 91-99.
<https://doi.org/10.1023/b:sers.0000032317.18968.7e>
- Hochschild, A. R. (2008). *La mercantilización de la vida íntima: Apuntes de la casa y el trabajo* (Vol. 3045). Katz editores.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic research*, 11(2), 213-218. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)
- Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., Brennan, P. L., & Schutte, K. K. (2005). Stress generation, avoidance coping, and depressive symptoms: a 10-year model. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(4), 658. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.73.4.658>
- Hooper, D., Coughlan, J., Mullen, M (2008) Structural Equation Modelling: Guidelines for Determining Model Fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*, 6, 53-60.
- Hong, R., & Cheung, M.W. (2014). The Structure of Cognitive Vulnerabilities to Depression and Anxiety. *Clinical Psychological Science* 3 (6), 892 – 912. [10.1177/2167702614553789](https://doi.org/10.1177/2167702614553789)
- Hovanitz, C. A., & Clark, A. (1989). Life stress and clinically elevated MMPI scales: Gender differences in the moderating influence of coping. *Journal of Clinical Psychology*, 45(5), 766-777. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198901\)45:1<28::aid-jclp2270450104>3.0.co;2-8](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198901)45:1<28::aid-jclp2270450104>3.0.co;2-8)
- Hyde, J.S., Mezulis, A.H. & Abramson, L.Y. (2008). The ABC's of Depression: Integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender differences in depression. *Psychological Review*, 115 (2), 291-313
<http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.115.2.291>
- Ingram, R.E., Miranda, J. & Segal, Z. (2006). Cognitive Vulnerability to Depression. En L.B. Alloy y J.H. Riskind (Eds), *Cognitive Vulnerability to Emotional Disorders*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Izard, C. E. (1977). Emotion-cognition relationships and human development. In *Human Emotions* (pp 19-42). Springer US. DOI 10.1007/978-1-4899-2209-0_2
- Izard, C.E. (1993). Four systems for emotion activation: Cognitive and noncognitive processes. *Psychological Review*. 100, 68–90. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.100.1.68>
- Jain, S., Shapiro, S., Swanick, S., Roesch, S. Mills, P., Bell, I. & Schwartz, G. (2007). A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: effects

- on distress, positive states of mind, Rumination, and distraction. *Annals of Behavioral Medicine*, 33 (1), 11-21. Doi: 10.1207/s15324796abm3301_2
- Jiménez, G. (2002). La depresión desde una perspectiva tridimensional: Elaboración de un instrumento de medida. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. (E-prints) ISBN: 84-69-2376-4
- Joormann, J., Dkane, M., & Gotlib, I. H. (2006). Adaptive and maladaptive components of rumination? Diagnostic specificity and relation to depressive biases. *Behavior Therapy*, 37(3), 269-280. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.01.002>
- Joormann, J., & Gotlib, I.H. (2010). Emotion regulation in depression: relation to cognitive inhibition. *Cognition & Emotion*, 24, 2, 281-298. doi:10.1080/02699930903407948
- Joormann, J., & Stanton, C.H. (2016). Examining emotion regulation in depression: a review and future directions. *Behaviour Research and Therapy*, 1-15. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2016.07.007>
- Jose, P.E & Brown, I. (2008). When does the gender differences in Rumination begin? Gender and age differences in the use of Rumination by adolescents. *Journal of Youth and Adolescence* 37, 180–192. DOI 10.1007/s10964-006-9166-y
- Jovchelovitch, S. (2007). *Knowledge in context: Representations, community and culture*. Routledge.
- Kemp, M. A., & Neimeyer, G. J. (1999). Interpersonal attachment: Experiencing, expressing, and coping with stress. *Journal of Counseling Psychology*, 46(3), 388. <https://doi.org/10.1037//0022-0167.46.3.388>
- Kendler K.S., Thornton L.M., & Prescott C.A. (2001) Gender differences in the rates of exposure to stressful life events and sensitivity to their depressogenic effects. *American Journal of Psychiatry* 157, 587–593. doi: 10.1176/appi.ajp.158.4.587
- Kendler, K. S., & Karkowski-Shuman, L. (1997). Stressful life events and genetic liability to major depression: genetic control of exposure to the environment? *Psychological medicine*, 27(03), 539-547. <https://doi.org/10.1017/s0033291797004716>
- Kendler, K.S, Gatz, M., Gardner, C.O., & Pedersen, N.L. (2006). A Swedish national twin study of life time major depression. *American Journal of Psychiatry*, 163, 109-114. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.1.109>
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric

- disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950010008002>
- Kessler, R.C. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, 74 (1), 5-13. [http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00426-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00426-3)
- Kessler, R.C, Demier, O., Frank, R., Olfson, M., Pincus, H., Walters, E., Wang, P., Wells, K. & Zaslavsky, A. (2005). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *The New England Journal of Medicine*, 352, 2515-2523. DOI: 10.1056/NEJMsa043266
- King A. M., & Gordon, A.H. (1998). Sex differences in emotion: expression, experience, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74 (3), 686-703.
<https://doi.org/10.1037//0022-3514.74.3.686>
- King, M., Nazareth, I., Levy, G., Walker, C., Morris, R., Weich, S., ... & Torres-Gonzalez, F. (2008). Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *British Journal of Psychiatry*, 192, 362-367.
<http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.107.039966>
- Klose, M., & Jacobi, F. (2004). Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors? *Archives of Women's Mental Health*, 7, 133-148.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00737-004-0047-7>
- Kolk, A. M. & Van Well, S. (2007). Cardiovascular responses across stressor phases: the match of gender and gender-role identification with the gender relevance of the stressor. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(2), 197-205.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.09.004>
- Kolk, A. M., Hanewald, G. J., Schagen, S., & van Wijk, C. M. G. (2003). A symptom perception approach to common physical symptoms. *Social science & medicine*, 57(12), 2343-2354.
[https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00451-3](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00451-3)
- Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition & Emotion*, 23, 4-41. <https://doi.org/10.1080/02699930802619031>
- Krantz, D. S., Kop, W. J., Santiago, H. T., & Gottdiener, J. S. (1996). Mental stress as a trigger of myocardial ischemia and infarction. *Cardiology clinics*, 14(2), 271-287.
[https://doi.org/10.1016/s0733-8651\(05\)70280-0](https://doi.org/10.1016/s0733-8651(05)70280-0)
- Kring, A. M. (2008). Emotion disturbances as transdiagnostic processes in psychopathology. En M. Lewis, J. M. Haviland-Jones y L. F. Barrett (dirs.), *Handbook of emotion* (3ª ed., pp. 691-705). Nueva York: Guilford.

- Kuster, F., Orth, U. & Meier, L.L. (2012). Rumination mediates the prospective effect of low self-esteem on depression. A five-wave longitudinal study. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33 (6), 747-759. Doi.10.1177/0146167212437250
- Lagarde, M. (1997). La sexualidad. *los cautiverios de las mujeres: madres, esposas, monjas, putas, presas y locas, México, UNAM*, 177-211.
- Langan-Fox, J., & Poole, M. E. (1995). Occupational stress in Australian business and professional women. *Stress and Health*, 11(1), 113-122. <https://doi.org/10.1002/smi.2460110119>
- Lang, R J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. In J.M. Shlien (Ed.), *Research in psychotherapy* (Vol. 3). Washington, DC: American Psychological Association
- Lang, P. J. (1977). Imagery in therapy: An information processing analysis of fear. *Behavior Therapy*, 8(5), 862-886. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(77\)80157-3](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(77)80157-3)
- Lang, P. J. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16(6), 495-512. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.1979.tb01511.x>
- Landero, R., & González, M. T. (2004). Variables psicosociales como predictoras de la salud en mujeres. *Revista de Psicología Social*, 19(3), 255-264. <https://doi.org/10.1174/0213474041960504>
- Lara-Cantú, A., Verduzco, A., & Acevedo, M. Cortés (1993) Validez y confiabilidad del Inventario de Autoestima de Coopersmith para Adultos. *Población Mexicana. Revista Latinoamericana de Psicología*, 25(2), 247-255.
- Larsen, R. J. (2000). Toward a science of mood regulation. *Psychological Inquiry*, 11, 129-141. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1103_01
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S., Kanner, A. D., & Folkman, S. (1980). Emotions: A cognitive-phenomenological analysis. In R. Plutchik & H. Kellerman (Eds.), *Theories of emotion* (pp. 189-217). New York: Academic Press

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of personality*, 1(3), 141-169. <https://doi.org/10.1002/per.2410010304>
- Lazarus, R.S. (1993). From Psychological stress to emotions: a history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.44.1.1>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer
- Lazarus, R. S. (2000). *Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Desclée de Brouwer.
- LeDoux, J. E. (1995). Emotion: Clues from the brain. *Annual Review of Psychology*, 46, 209-235. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.46.1.209>
- LeDoux, J.E. (2003). The Emotional Brain, Fear, and the Amygdala. *Cellular and Molecular Neurobiology*, 23, (4-5), 727-738. <https://doi.org/10.1023/a:1025048802629>
- Lengua, L.J. & Stormshak, E. A. (2000). Gender, genderroles, and Personality: gender differences in the prediction of coping and psychological symptoms. *Sex roles*, 43 (11-12), 787-820. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1011096604861>
- Liao, K. Y. H., & Wei, M. (2011). Intolerance of uncertainty, depression, and anxiety: the moderating and mediating roles of rumination. *Journal of clinical psychology*, 67(12), 1220-1239. <https://doi.org/10.1002/jclp.20846>
- Lippa, R. (2006). The gender reality hypothesis. *American Psychologist*, 61, 639-640. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.61.6.639>
- Lo, C. S., Ho, S. M., & Hollon, S. D. (2008). The effects of rumination and negative cognitive styles on depression: A mediation analysis. *Behaviour research and therapy*, 46(4), 487-495. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.01.013>
- Longley, S., Watson, D., & Noyes, R. (2005). Assessment of the hypochondriasis domain: The multidimensional inventory of hypochondriacal traits (MIHT). *Psychological Assessment*, 17(1), 3-14. Doi: 10.1037/1040-3590.17.1.3
- Loubat, M., Ponce, P., & Salas, P. (2007). Estilo de Apego en Mujeres y su Relación con el Fenómeno del Maltrato Conyugal. *Terapia psicológica*, 25(2), 113-122. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082007000200002>
- López-Sáez, M., Morales, J.F. & Lisbona, A. (2008). Evolution of Gender Stereotypes in Spain: Traits and Roles. *Spanish Journal of Psychology*, 11 (2), 609-617. <http://revistas.ucm.es/index.php/SJOP/article/view/29890>

- López-Zafra, E., & Gartzia, L. (2014). Perceptions of Gender Differences in Self-report measures of emotional intelligence. *Sex Roles*, 70, 479-495. <http://dx.doi.org/10.1007/s11199-014-0368-6>
- Lott, B., & Maluso, D. (1993). The social learning of gender. In A. E. Beall & R. J. Sternberg (Eds.), *The psychology of gender* (pp. 99–123). New York: Guilford.
- Lytton, H., & Romney, D. M. (1991). Parents' differential socialization of boys and girls: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 109(2), 267. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.109.2.267>
- Lyubobomirsky, S. & Nolen-Hoeksema, S. (1995). Effects of self-focused Rumination on negative thinking and interpersonal problema solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (1), 176-190. doi: 10.1037/0022-3514.69.1.176
- Lyubomirsky, S., Caldwell, N. D., & Nolen-Hoeksema, S. (1998). Effects of ruminative and distracting responses to depressed mood on retrieval of autobiographical memories. *Journal of personality and social psychology*, 75(1), 166. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.75.1.166>
- Macías, Y. (2006). Ansiedad, ira y tristeza-depresión en la enfermedad de Parkinson. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid (E-Prints).
- Maccoby, E. E., & Jacklin, C. N. (1974). *The psychology of sex differences*. Stanford, CA: Stanford University Press
- Maccoby, E. E. (1988). Gender as a social category. *Developmental psychology*, 24(6), 755. <https://doi.org/10.1037//0012-1649.24.6.755>
- Mahalik, J., Locke, B., Ludlow, L., Diemeter, M., Scott, R. & Gottfried, M. (2003). Development of the Conformity to Masculine Norms Inventory. *Psychology of Men and Masculinity* 4, 3-25. <https://doi.org/10.1037//1524-9220.4.1.3>
- Mahalik, J.R., Morray, E.B., Coonerty-Femiano, A., Ludlow, L.H., Slattery, S.M. & Smiler, A. (2005). Development of the Conformity to Feminine Norms Inventory. *Sex Roles*, 52, 417-435. <http://dx.doi.org/10.1007/s11199-005-3709-7>
- Mahalik, J.R., Burns, S.M., & Syzdek, M. (2007a). Masculinity and perceived normative health behaviors as predictors of men's health behaviors. *Social Science & Medicine*, 64 (11), 2201-2209. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.02.035
- Mahoney, A. E., McEvoy, P. M., & Moulds, M. L. (2012). Psychometric properties of the Repetitive Thinking Questionnaire in a clinical sample. *Journal of anxiety disorders*, 26(2), 359-367. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.12.003>

- Malatesta, C. Z., Culver, C., Tesman, J. R., Shepard, B., Fogel, A., Reimers, M., & Zivin, G. (1989). The development of emotion expression during the first two years of life. *Monographs of the society for research in child development*, i-136. <https://doi.org/10.2307/1166153>
- Mandler, G. (1975). *Mind and emotion*. Krieger Publishing Company.
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., & Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 6-19. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.6>
- Martin, C. L., & Halverson, C. F. (1983). Gender constancy: A methodological and theoretical analysis. *Sex Roles*, 9(7), 775-790. <https://doi.org/10.1007/bf00290030>
- Martin, L. L., Tesser, A., & McIntosh, W. D. (1993). Wanting by not having: The effects of unattained goals on thoughts and feelings. In D. Wegner, & C. Papageorgiou (Eds.), *Handbook of Mental Control* Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Martínez, A. E., Piqueras, J. A. & Inglés, C. J. (2011). Relaciones entre Inteligencia Emocional y Estrategias de Afrontamiento ante el Estrés. *Motivación y emoción*, 14 (37). <http://reme.uji.es/articulos/numero37/article6/article6.pdf>
- Martínez Benlloch, I. (2007). Actualización de conceptos en perspectiva de género y salud. En Colomber, C. & Sánchez-López, P. (Dir.), *Programa de formación de formadores/as en perspectiva de género en salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo – Universidad Complutense de Madrid.
- Martínez-Monteagudo, M.C., Inglés, C. J., Cano-Vindel, A. & García-Fernández, J.M. (2012). Estado actual de la investigación sobre la teoría tridimensional de la ansiedad de Lang. *Ansiedad y Estrés*, 18, 201-219.
- Martínez-Sánchez, F. y Fernández -Castro, J. (1994). Emoción y Salud. Desarrollos en Psicología básica y aplicada. Presentación del Monográfico. *Anales de Psicología*, 10, 101-110
- Vera, C. M., Vera, J. J., Bleda, C. P., & Alcázar, A. I. R. (2002). Antecedents of the interrole conflict and its relationship with gender self-schema. *Anales de Psicología*, 18(2), 305-317.
- Martínez-Sánchez, F. y Fernández-Castro, J. (1994). Emoción y Salud. Desarrollos en Psicología básica y aplicada. Presentación del Monográfico. *Anales de Psicología*, 10, 101-110.

- Martz, D., Handley, K. & Eisler, R. (1995). The relationship between feminine gender role stress, body image, and eating Disorders *Psychology of Women Quarterly*, 19, 493-508. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6402.1995.tb00088.x>
- Mathews, A. & MacLeod, C. (2005). Cognitive vulnerability to emotional Disorders. *Annual Review of Clinical Psychology* 1, 167-195. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143916
- Matsumoto, D., & Fletcher, D. (1996). Cross-National Differences in Disease Rates as Accounted for By Meaningful Psychological. *Journal of Gender, Culture, and Health*, 1, 71-82. Recuperado el 18 de junio de 2012 de <http://www.davidmatsumoto.com/content/1996%20Matsumoto%20and%20Fletcher.pdf>
- Matsumoto, D. (2006). Are cultural differences in emotion regulation mediated by personality traits? *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 37, 421-437. DOI: 10.1177/0022022106288478
- Matud, P., Carballeira, M., López, M., Marrero, R., & Ibáñez, I. (2002). Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud mental*, 25(2), 32-37.
- Matud, M.P. (2005). Gender Differences in the most frequent mental health symptoms in a sample of residents in the Canary Island, Spain. *Revista Mexicana de Psicología*, 22, 395-403.
- Matud, M. P. (2008). Género y salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 75-94.
- Matud, M. P & Aguilera, L. (2009). Roles sexuales y salud mental en una muestra de la población general española. *Salud Mental*, 32(1), 53-58
- Matud, M.P., Bethencourt-Pérez, J.M., Ibáñez-Fernández, I. & López-Curbelo, M. (2010). Roles de género y salud de mujeres y hombres. *Análisis y Modificación de Conducta*, 36 (153), 37-48. Recuperado de <http://uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/view/1224>
- Matud, M.P., Guerrero, K. y Matías, R.G. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 7-21. ISSN 1697-2600
- Mauss, I.B., Levenson, R.W, McCarter, L., Wilhelm, F. & Gross, J.J (2005). The Tie That Binds? Coherence Among Emotion Experience, Behavior, and Physiology. *Emotion*, 5, 2, 175-190. <http://dx.doi.org/10.1037/1528-3542.5.2.175>
- Mauss, I.B., Bunge, S.A., & Gross, J.J. (2007). Automatic emotion regulation. *Social and Personality Psychology Compass* 1 (1), 146-167. Doi: 10.1111/j.1751-9004.2007.00005.x

- Mayou, R.A., Ehlers, A. & Bryant, B. (2002). Posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents: 3-year follow-up of a prospective longitudinal study. *Behaviour Research and Therapy* 40, 665–675. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(01\)00069-9](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(01)00069-9)
- McCann, I. L., Sakheim, D. K., & Abrahamson, D. J. (1988). Trauma and Victimization A Model of Psychological Adaptation. *The Counseling Psychologist*, 16(4), 531-594. <https://doi.org/10.1177/0011000088164002>
- McCreary, D. R. (1994). The male role and avoiding femininity. *Sex Roles*, 31(9-10), 517-531. <https://doi.org/10.1007/bf01544277>
- McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. (1986). Personality, coping, and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*, 54, 385-405. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1986.tb00401.x>
- McCreary, D., Wong, F, Wiener, W. & Carpenter, K. (1996). The relationship between masculine role stress and psychological adjustment: A question of construct validity? *Sex Roles*, 34, 507-516. <https://doi.org/10.1007/bf01545029>
- McLaughlin, K. A. & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Ruminations as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 49 (3), 186-193. doi:10.1016/j.brat.2010.12.006.
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 1027-1035. doi:10.1016/j.jpsychires.2011.03.006
- McLean, C. & Anderson, E. (2009). Brave men and timid women? A review of gender differences in fear and anxiety. *Clinical Psychology Review*, 29, 496-505. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.05.003>
- McLean, C. P., & Hope, D.A. (2010). Subjective anxiety and behavioral avoidance: Gender, gender role, and perceived confirmability of self –report. *Journal of Anxiety Disorders* 24, 494-502. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.03.006>
- MacRae, K., Ochsner, K., Mauss, I., Gabrieli, J.J., & Gross, J.J. (2008). Gender differences in emotion regulation: an fMRI study of cognitive reappraisal. *Group Processes & Intergroup Relations* 11(2), 143–162 <https://doi.org/10.1177/1368430207088035>
- MacSwain, K.L., Sherry, S.B., Stewart, S.H., Watt, M.C., Hadjistavropoulos, H.D. & Graham, A.R. (2009). Gender differences in health anxiety: An investigation of the interpersonal model of health anxiety. *Personality and Individual Differences*, 47, 938-943. Doi:10.1016/j.paid.2009.07.020

- Medilla-Zafra, A., & Ortega-Toro, E. (2009). Incidencia de la práctica de actividad física sobre la ansiedad y depresión en mujeres: perfiles de riesgo. *Universitas Psychologica*, 8(1), 105-116. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672009000100008&lng=en&tlng=es.
- Mesquita, B., & Albert, D. (2009). The cultural regulation of emotions. In J.J. Gross & R.A. Thompson (Eds.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 486-503). New York: Guilford Press.
- Mellings, T.M.B & Alden, L.E. (2000). Cognitive processes in social anxiety: the effects of self-focus, rumination, and anticipatory processing. *Behaviour Research and Therapy*, 38 (3), 243-257. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00040-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00040-6)
- Meyer, L. F., Taborda, J. G. V., Costa, F. A. D., Soares, A. L. A. G., Mecler, K., & Valença, A. M. (2015). Phenomenological aspects of the cognitive rumination construct. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 37(1), 20-26. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2014-0025>
- Mezulis, A., Abramson, L., & Hyde, J. (2002). Domain specificity of gender differences in rumination. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 16, 421-434. <https://doi.org/10.1891/jcop.16.4.421.52524>
- Michael, T., Halligan, S.L, Clark, D.M. & Ehlers, A. (2007). Rumination in posttraumatic stress Disorders. *Depression and Anxiety*, 24 (5), 307-317. <https://doi.org/10.1002/da.20228>
- Miguel-Tobal, J. J., Casado, M. I., Cano-Vindel, A., & Spielberger, C. D. (1997). El estudio de la ira en los trastornos cardiovasculares mediante el empleo del Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo--STAXI. *Ansiedad y Estrés*, 3, 5-20.
- Miguel-Tobal, J.J. (1999). Emociones y salud: principios y aplicaciones. En Anales RSEAPV 1999-2000, 157-186. Recuperado el 21 de abril de 2012 de http://rseapv.webs.upv.es/anales/99_00/Anales_99_00.pdf
- Miller, S. M., Brody, D. S., & Summerton, J. (1988). Styles of coping with threat: implications for health. *Journal of personality and social psychology*, 54(1), 142. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.54.1.142>
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2006b). Informe salud y género 2005. España: Madrid. <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/informe2005SaludGenero.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). Encuesta Europea de Salud en España 2009. España: Madrid. Disponible en: http://www.mspsi.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea.Principales_Resultados_Informe.

- Miranda, R. & Nolen-Hoeksema, S. (2007). Brooding and reflection: Rumination predicts suicidal ideation at 1-year follow-up in a community sample. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 3088-3095. doi:10.1016/j.brat.2007.07.015
- Mirowsky, J. & Ross, C. (1995). Sex differences in distress: Real or artifact? *American Sociological Review*, 60 (3), 449-468. Recuperado de <http://www.jstor.org/discover/10.2307/2096424?uid=3737952&uid=2&uid=4&sid=2101837372707>
- Moberly, N.J. & Watkins, E.R. (2006). Processing mode influences the relationship between trait rumination and emotional vulnerability. *Behavior Therapy*, 37 (3), 281-291. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2006.02.003>.
- Molina-Jiménez, T., Gutiérrez-García, A. G., & Hernández-Domínguez, L. (2008). Estrés psicosocial: Algunos aspectos clínicos y experimentales. *Anales de psicología*, 24(2), 353.
- Montero, I., Aparicio, D., Gómez-Beneyto, M., Moreno-Künster, B., Reneses, B., Ursall, J., & Vázquez-Barquero, J.L. (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gac. Sanit.*, 18, 175-181. <http://www.elsevier.es/es/revistas/gaceta-sanitaria-138-1724/volumen-18/numero-04-0>
- Montesó-Curto, M. P. (2008). Salud mental y género: causas y consecuencias de la depresión en las mujeres. Tesis doctoral. Universidad Nacional de Educación a Distancia. España.
- Montt, M. E., & Chávez, F. U. (1996). Autoestima y salud mental en los adolescentes. *Salud Mental*, 19(3), 30-35.
- Moradi, B., Fischer, A. R., Hill, M. S., Jome, L. M., & Blum, S. A. (2000). Does “feminist” plus “therapist” equal “feminist therapist”?. *Psychology of Women Quarterly*, 24(4), 285-296.
- Moreno-Fernández, A., Rodríguez-Vega, B., Carrasco-Galán, M.J. & Sánchez-Hernández, J.J. (2009). Relación de pareja y sintomatología depresiva de la mujer: implicaciones clínicas desde una perspectiva de género. *Apuntes de Psicología*, 27(2-3), 489-506.
- Moser, C. O. (1989). Gender planning in the Third World: meeting practical and strategic gender needs. *World development*, 17(11), 1799-1825. [https://doi.org/10.1016/0305-750x\(89\)90201-5](https://doi.org/10.1016/0305-750x(89)90201-5)
- Mosteiro-García, M.J. (2010). Los estereotipos de género y su transmisión a través del proceso de socialización. En Rita María Radl Philipp (Eds.) *Investigaciones actuales de las mujeres y del género* (pp. 239-252). Universidad de Santiago de Compostela. Servizo de Publicacións e Intercambio Científico.

- Moulds, M. L., Kandris, E., Starr, S. & Wong, A.C. (2007). The relationship between rumiantion, avoidance and depression in a non-clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 45 (2), 251-261. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2006.03.003>
- Möller-Leimkühler, M., & Yücel, M. (2010). Male depression in females? *Journal of Affective Disorder*, 121, 22-29. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.05.007>
- Mor, N., & Winquist, J. (2002). Self-focused attention and negative affect: a meta-analysis. *Psychological Bulletin* 128(4), 638–662 DOI: 10.1037//0033-2909.128.4.638
- Mussap, A. J. (2007). The relationship between feminine gender role stress and disordered eating symptomatology in women. *Stress and Health*, 23(5), 343-348. <https://doi.org/10.1002/smi.1152>
- Neisser, U. (1976). *Cognition and reality: Principles and implications of cognitive psychology*. WH Freeman/Times Books/Henry Holt & Co.
- Nezu, A.M., & Nezu, C.M. (1987). Psychological distress, problem solving, and coping reactions: sex role differences. *Sex Roles*, 16, 205-14. <http://dx.doi.org/10.1007/BF00289650>
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 10 (2), 259-282. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.101.2.259>
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and distress following a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 115-121. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.61.1.115>
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J., & Fredrickson, B. L. (1993). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 20–28. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.102.1.20>
- Nolen-Hoeksema, S., Parker, L.E. & Larson, J. (1994). Ruminative coping with depressed mood following loss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67 (1), 92-104. doi: 10.1037/0022-3514.67.1.92
- Nolen-Hoeksema, S. (1998). Ruminative coping with depression. In Heckhausen J., Dweck C.(Eds). New York, NY, US: Cambridge University Press, New York
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J. & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1061-1072. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.77.5.1061>
- Nolen-Hoeksema, S., & Davis, C.G. (1999). “Thanks for sharing that”: Ruminators and their social support networks. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 801–814. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.77.4.801>

- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of Rumination in depressive disorders and mixed anxiety-depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109 (3), 504-511. doi: 10.1037/0021-843X.109.3.504
- Nolen-Hoeksema, S. & Jackson, B. (2001). Mediators of the gender difference in rumination. *Psychology of Women's Quarterly*, 25, 37- 47. <http://dx.doi.org/10.1111/1471-6402.00005>
- Nolen-Hoeksema, S. & Harrell, Z. A. (2002). Rumination, depression and alcohol use: tests of gender differences. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 16 (4), 391-403 <https://doi.org/10.1891/jcop.16.4.391.52526>
- Nolen-Hoeksema, S., Stice, E., Wade, E. & Bohon, C. (2007). Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse, and depressive symptoms in female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 116 (1), 198–207. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.116.1.198>
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B.E. & Lyubomirsky S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science* 3, 400–424. Doi: 10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x
- Nolen-Hoeksema, S. & Watkins, E.R. (2011). A heuristic for developing transdiagnostic models of psychopathology: Explaining multifinality and divergent trajectories. *Perspectives on Psychological Science*, 6 (6), 589-609. doi: 10.1177/1745691611419672
- Nolen-Hoeksema, S. (2012). Emotion regulation and psychopathology: the role of gender. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 161-187. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143109>
- Nordenmark, M. (2002). Multiple social roles—a resource or a burden: Is it possible for men and women to combine paid work with family life in a satisfactory way?. *Gender, Work & Organization*, 9(2), 125-145. <https://doi.org/10.1111/1468-0432.00152>
- Norton, P. J. (2008). An open trial of a transdiagnostic cognitive-behavioral group therapy for anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 39(3), 242-250. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2007.08.002>
- Ochsner, K.N. & Gross, J.J. (2008). Cognitive emotion regulation: insights from social cognitive and affective neuroscience. *Current Directions in Psychological Science* 17(2), 153 – 158. Doi:[10.1111/j.1467-8721.2008.00566.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2008.00566.x)
- Olmeda, A. Frutos, I. (2001). Teoría y análisis de género. Guía metodológica para trabajar con grupos. Madrid: Asociación Mujeres Jóvenes.

- Orbach, S., & Eichenbaum, L. (1995). From objects to subjects. *British Journal of Psychotherapy*, 12(1), 89-97.
- Organización Mundial de la Salud (1993). Psychosocial and Mental Health Aspects of Women's Health. Geneva. *World Health Stat Q.*, 46, 234-236.
- Organización Mundial de la Salud (2002). Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS. <http://www.who.int/gender/mainstreaming/ESPwhole.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2006). Guía práctica de salud mental. Recuperado el 20 de abril de 2012 de http://www.who.int/en/Section1174/Section1199/Section1567/Section1826_8103.htm
- Organización Mundial de la Salud (2009). Estrategia para incorporar el análisis y las acciones de género en las actividades de la OMS. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243597706_spa_Text.pdf
- Ottovani, C., Shapiro, D., Davydow, D.M, Goldstein, I. & Mills, P.J. (2009). The autonomic phenotype of rumination. *International Journal of Psychophysiology*, 72, 267-275. doi:10.1016/j.ijpsycho.2008.12.014
- Palmero, F. (1999). Emoción. Breve reseña del papel de la cognición y el estado afectivo. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 2. Recuperado el 5 de mayo de 2012 de <http://reme.uji.es/articulos/apalmf245161299/texto.html>
- Palmero, F., Guerrero, C., Gómez, C., Carpi, A. & Cons, T. (2009): la ira y la agresión. *Revista electrónica sobre emoción y motivación*, 12. Recuperado el 10 de mayo de 2012 de <http://reme.uji.es/articulos/numero32/article1/texto.html>
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (2001). Positive beliefs about depressive rumination: Development and preliminary validation of a self-report scale. *Behavior Therapy*, 32, 13-26. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(01\)80041-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80041-1)
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (2003). An empirical test of clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27 (3), 261-273. <https://doi.org/10.1023/a:1023962332399>
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (2004). Rumination: nature, theory and treatment. Wiley: England.
- Parker, J. D. A., & Endler, N. S. (1996). Coping and defense: A historical overview. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping* (pp. 3-23). New York: Wiley.

- Parent, M. C., & Moradi, B. (2011). An abbreviated tool for assessing feminine norm conformity: Psychometric properties of the Conformity to Feminine Norms Inventory–45. *Psychological assessment*, 23(4), 958. <https://doi.org/10.1037/a0024082>
- Pearlin, L. I. (1989). The sociological study of stress. *Journal of health and social behavior*, 241-256. <https://doi.org/10.2307/2136956>
- Pearlin, L. I. (1982). The social context of coping. J. Eckenrode (Ed). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-3740-7_12
- Pearlin, L. I., Lieberman, M. A., Menaghan, E. G., & Mullin, J. T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337- 356. <https://doi.org/10.2307/2136676>
- Pearson, K. A., Watkins, E. R., Mullan, E. G., & Moberly, N. J. (2010). Psychosocial correlates of depressive rumination. *Behaviour Research and Therapy*, 48(8), 784-791. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.007>
- Pelechano, V., Matud, P., & Miguel, A. D. (1993). Habilidades de afrontamiento en enfermos físicos crónicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19(63), 91-149.
- Pennebaker, J. W. (2012). *The psychology of physical symptoms*. Springer Science & Business Media.
- Peñacoba Puente, C., & Moreno Jiménez, B. (1999). La escala de estresores universitarios (EEU). Una propuesta para la evaluación del estrés en grupos poblacionales específicos. *Ansiedad y estrés*, 5(1), 61-78.
- Pérez, E., Medrano, L.A, & Sánchez-Rosas, J. (2013). Path Analysis: conceptos básicos y ejemplos de aplicación. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 5 (1), 52-66. ISSN 1852-4206
- Pérez Álvarez, M. (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del Psicólogo*, 28 (2).
- Pérez-Blasco, J., & Serra, E. (1995). Influencia del rol tradicional femenino en la sintomatología depresiva en una muestra de mujeres adultas. *Revista de Psicología de la Educación*, 18, 5-13.
- Pérez-Blasco, J & Serra-Desfilis, E. (1997): Influencia del rol tradicional femenino en la sintomatología ansiosa en una muestra de mujeres adultas. *Anales de Psicología*, 13, 155-161.
- Pérez-Nieto, M.A; Redondo-Delgado, M. & León, L. (2008). Aproximaciones a la emoción de ira: de la conceptualización a la intervención psicológica. *Revista Electrónica de*

- Motivación y Emoción, 1. Extraído de <http://reme.uji.es/articulos/numero28/article6/texto.html>
- Perrone, K. M., & Worthington Jr, E. L. (2001). Factors influencing ratings of marital quality by individuals within dual-career marriages: A conceptual model. *Journal of counseling psychology*, 48(1), 3. <https://doi.org/10.1037//0022-0167.48.1.3>
- Piccinelli, M. & Gómez-Holmes, F. (1997). Gender differences in the epidemiology of affective disorders and schizophrenia. Geneve: World Health Organization. www.who.int/mental_health/media/en/54.pdf
- Piccinelli, M. & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression: critical review. *British Journal of Psychiatry*, 177, 486-492. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.177.6.486>
- Pimentel, M. & Cova, F. (2011). Efectos de la rumiación y la preocupación en el desarrollo de sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes universitarios de la ciudad de Concepción, Chile. *Terapia Psicológica*, 29,43-53. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100005>
- Piqueras-Rodríguez, J. Ramos-Linares, V., Martínez-González, A. & Oblitas-Guadalupe, L. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16, 85-112.
- Plaisier, I., De Bruijn, J. G. M., Smit, J. H., De Graaf, R., Ten Have, M., Beekman, A. T. F., ... & Penninx, B. W. J. H. (2008). Work and family roles and the association with depressive and anxiety disorders: differences between men and women. *Journal of Affective Disorders*, 105(1), 63-72. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.04.010>
- Plant, E. A., Hyde, J. S., Keltner, D., & Devine, P. G. (2000). The gender stereotyping of emotions. *Psychology of Women Quarterly*, 24(1), 81-92. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2000.tb01024.x>
- Prosen, S., & Smrtnik, H. (2014). Different perspectives on emotion regulation and its efficiency. *Psihologijske teme*, 23, 3, 389-405. Extraído de https://www.researchgate.net/publication/286296430_Different_Perspectives_on_Emotion_Regulation_and_its_Efficiency
- Ptacek, J. T., Smith, R. E., & Zanas, J. (1992). Gender, appraisal, and coping: A longitudinal analysis. *Journal of personality*, 60(4), 747-770. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1992.tb00272.x>
- Ptacek, J., Smith, R., & Dodge, K. (1994). Gender differences in coping with stress: when stressor and appraisal not differ. *Personality and Social Psychology Bulletin* 20 (4), 421-430. [10.1177/0146167294204009](https://doi.org/10.1177/0146167294204009)
-

- Ramos-Cejudo, J. (2011). El efecto del estrés y del rasgo de ansiedad en el procesamiento de la información amenazante: un estudio experimental basado en el sesgo atencional. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. ISBN: 978-84-694-3404-8
- Ramos Linares, V., Piqueras Rodríguez, J. A., Martínez González, A. E., & Oblitas Guadalupe, L. A. (2009). Emoción y Cognición: Implicaciones para el tratamiento. *Terapia psicológica*, 27(2), 227-237. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082009000200008>
- Ray, R.D., Ochsner, K.N., Cooper, J. C., Robertson, E.R, Gabrieli, J.D. & Gross, J. (2005). Individual differences in trait Rumination and the neural systems supporting cognitive reappraisal. *Cognitive Affective & Behavioral Neuroscience*, 5 (2), 156-168. <https://doi.org/10.3758/cabn.5.2.156>
- Reid, J., & Hardy, M. (1999). Multiples roles and well-being among midlife women: Testing role strain and role enhance men theories. *The Journals of Gerontology*, 54B (6), 329-338. <https://doi.org/10.1093/geronb/54b.6.s329>
- Reidy, D., Sloan, C., & Zeichner, A. (2009). Gender role conformity and aggression: Influence of perpetrator and victim conformity on direct physical aggression in women. *Personality and Individual Differences*, 46, 231-235. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.10.008>
- Remor, E. (2006). Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish journal of psychology*, 9(01), 86-93. <https://doi.org/10.1017/s1138741600006004>
- Rennison, C. M., & Welchans, S. (2000). Intimate partner violence. *Violence against women* <https://doi.org/10.1037/e378132004-001>
- Rippere, V. (1977). “What’s the thing to do when you’re feeling depressed?”: A pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 185–191. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(77\)90104-8](https://doi.org/10.1016/0005-7967(77)90104-8)
- Robichaud, M., Dugas, M.J., & Conway, M. (2003). Gender differences in worry and associated cognitive behavioral variables. *Journal of Anxiety Disorders*, 17 (5), 501-516. [http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185\(02\)00237-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00237-2).
- Robinson, M. S., & Alloy, L. B. (2003). Negative cognitive styles and stress-reactive rumination interact to predict depression: A prospective study. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 275-291. <https://doi.org/10.1023/a:1023914416469>
- Rohlfs, I., Borrell, C., Anitua, C., Artazcoz, L., Colomer, C., Escribá, V., García-Calvete, M., Llacer, A., Mazarrasa, L., Pasarín, M. I., Peiró, R., & Valls-Llobet, C. (2000). La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. *Gaceta Sanitaria*, 14, 146-155. [https://doi.org/10.1016/s0213-9111\(00\)71448-8](https://doi.org/10.1016/s0213-9111(00)71448-8)

- Rood, L., Roelofs, J., Bögels, S. M., & Meesters, C. (2012). Stress-reactive rumination, negative cognitive style, and stressors in relationship to depressive symptoms in non-clinical youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(4), 414-425. <https://doi.org/10.1007/s10964-011-9657-3>
- Rozanski, A., Blumenthal, J. A., & Kaplan, J. (1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, 99 (16), 2192-2217. <https://doi.org/10.1161/01.cir.99.16.2192>
- Ruiz, M. T., & Verbrugge, L. M. (1997). A two way view of gender bias in medicine. *Journal of epidemiology and community health*, 51(2), 106. <https://doi.org/10.1136/jech.51.2.106>
- Rusting, C., & Nolen-Hoeksema, S. (1998). Regulating responses to anger: effects of rumination and distraction on angry mood. *Journal Personality and Social. Psychology*, 74, 660-803. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.74.3.790>
- Sachs-Ericsson, N. & Ciarlo, J. (2000). Gender, social roles and mental health: an epidemiological perspective. *Sex Roles*, 43, 605-628. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1007148407005>
- Salguero, J. M., Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2013). A meta-mood model of rumination and depression: Preliminary test in a non-clinical population. *Scandinavian journal of psychology*, 54(2), 166-172. <https://doi.org/10.1111/sjop.12026>
- Salmerón, H., Gutierrez-Braojos, C., Salmeron-Vilchez, P., & Rodríguez, S. (2011). Metas de logro, estrategias de regulación y rendimiento académico en diferentes estudios universitarios. *Revista de Investigación Educativa*, 29(2), 467-486.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C. y Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and emotional repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood- Scale. En J. W. Pennebaker (dir.), *Emotion, disclosure, and health* (pp. 125-151). Washington, DC: American Psychological Association.
- Salovey, P., Stroud, L.R., Woolery, A., & Epel, E. S. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: further explorations using the Trait Meta-Mood Scale. *Psychology and Health*, 17 (5), 611–627. DOI: 10.1080/08870440290025812
- Salovey, P., Bedell, B., Detweiler, J. B., & Mayer, J. (1999). Coping intelligently: Emotional intelligence and the coping process. En C. R. Snyder (Ed.), *Coping: The psychology of what works* (pp.141-164). New York: Oxford University Press
- Saltzberg, E. & Chrisler, J. (1995). Beauty is the beast: Psychological effects of the pursuit of the perfect female body. En J. Freeman (Ed.), *Women: A Feminist Perspective* (pp. 306-315). Mountain View, California: Mayfield Publishing Company.

- Sánchez, D. T. & Crocker, J. (2005). How investment in gender ideals affects well-being: the role of external contingencies of self-worth. *Psychology of Women Quarterly*, 29 (1), 63–77. DOI: 10.1111/j.1471-6402.2005.00169.x
- Sánchez –López, M. P., Aparicio- García, M.E & Dresch, V. (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercebida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema*, 18, 584-590.
- Sánchez López, M. P., & Dresch, V. (2008). The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*, 20(4), 839-843. Extraído de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3564>
- Sánchez-López, M.P. & Cuéllar-Flores, I. (2011). Comparison of Feminine Gender Norms among Spanish and American College Women. *Psychologie*, 2, 300-306. <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2011.24047>
- Sánchez-López, M.P., Cuéllar-Flores, I., Dresch, V., & Aparicio-García, M.E. (2009). Conformity to feminine norms in Spanish population. *Social Behavior and Personality: An international journal*, 37, 1171-1186. <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2011.24047>
- Sánchez-López, M. P., Sánchez, F., Rivas, R., Cuéllar-Flores, I., & Díaz-Morales, J. F. (2009). Towards a measurement of gender. *School and health*, 289-196. Recuperado de http://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2009/31/31/texty/general_eng_papers/41_lopez_sanchez_rivas_flores_morales.pdf
- Sánchez-López, M.P. & Cuéllar-Flores, I. (2012). The Impact of Gender Roles on Health. *Women & Health*, 2, 182-196. DOI: 10.1080/03630242.2011.652352
- Sandín, B. (1996). El estrés. En Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F., *Manual de psicopatología* (2) (pp. 3-52). Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B. (1999). Estrés psicosocial. *Madrid: Klinik*.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 3(1), 141-157. ISSN 1576-7329
- Sandín, B., Chorot, P., & Valiente, R. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 17(3), 185-203. ISSN 1136-5420/12
- Sanderson, S., & Thompson, V. L. S. (2002). Factors associated with perceived paternal involvement in childrearing. *Sex Roles*, 46(3-4), 99-111. <https://doi.org/10.1023/a:1016569526920>

- Sansone, R.A. & Sansone, L.A. (2012). Rumination: relationships with physical health. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 9 (2), 29-34
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3312901/pdf/icns_9_2_29.pdf
- Sanz, J. (1993). Distinguiendo ansiedad y depresión: revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck. *Anales de Psicología*, 9, 2, 133-170. ISSN: 0212-9728
- Sanz, J., & Vázquez, C. (1993). Adaptación española de la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) de Beck: propiedades psicométricas y clínicas. *Análisis y Modificación de conducta*, 19 (67), 708-752.
- Sarason, I. (1999). El papel de las relaciones íntimas en los resultados de salud. *Familia y psicología de la salud*, 113-131.
- Schachter, S., & Singer, J. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological review*, 69(5), 379. <https://doi.org/10.1037/h0046234>
- Schachter, S. (1964). The interaction of cognitive and physiological determinants of emotional state. *Advances in experimental social psychology*, 1, 49-80.
[https://doi.org/10.1016/s0065-2601\(08\)60048-9](https://doi.org/10.1016/s0065-2601(08)60048-9)
- Schröder-Abé, M., Rudolph, A., & Schütz, A. (2007). High implicit self-esteem is not necessarily advantageous: Discrepancies between explicit and implicit self-esteem and their relationship with anger expression and psychological health. *European Journal of Personality*, 21(3), 319-339. <https://doi.org/10.1002/per.626>
- Seedat, S., Scott, M. K., Angermeyer, M.C., Berglund, P., Bromet, E.J., Brugha, T.S, Kessler, R.C. (2009). Cross-national associations between gender and mental disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *Archives General Psychiatry*, 66, 785-795.
<http://dx.doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.36>
- Seegerstrom, S. C., Tsao, J. C., Alden, L. E., & Craske, M. G. (2000). Worry and rumination: Repetitive thought as a concomitant and predictor of negative mood. *Cognitive Therapy and Research*, 24(6), 671-688.
- Seiffge-Krenke, I. & Stemmler, M. (2002). Factors contributing to gender differences in depressive symptoms: a test of three developmental models. *Journal of Youth Adolescent*, 31, 405-417. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1020269918957>
- Selye, H. (1956). The stress of life. M.D. New York, McGraw-Hill Book Company, Inc. 1956.
The Journal of Bone & Joint Surgery, 39(2), 479. doi:10.2106/00004623-195739020-00034

- Segerstrom, S. C., Stanton, A. L., Alden, L. E., & Shortridge, B. E. (2003). A multidimensional structure for repetitive thought: what's on your mind, and how, and how much?. *Journal of personality and social psychology*, 85(5), 909. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.5.909>
- Sheppes, G., Scheibe, S., Suri, G., Radu, P., Blechert, J., & Gross, J. J. (2014). Emotion regulation choice: A conceptual framework and supporting evidence. *Journal of Experimental Psychology*, 143, 163–181. <https://doi.org/10.1037/a0030831>
- Simonson, J., Mezulis, A. & Davis, K. (2011). Socialized to ruminate? Gender role mediates the sex difference in rumination for interpersonal events. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30, 937-959. <http://dx.doi.org/10.1521/jscp.2011.30.9.937>
- Simon, R. W., & Nath, L. E. (2004). Gender and emotion in the united states: Do men and women differ in self-reports of feelings and expressive behavior? 1. *American journal of sociology*, 109(5), 1137-1176. <https://doi.org/10.1086/382111>
- Smith, D.J., Kyle, S., Forty, L., Cooper, C., Walters, J., Russell, E., ... & Craddock, N., (2008). Differences in depressive symptom profile between males and females. *Journal of Affective Disorders*, 108, 279-284. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2007.10.001>
- Smith, J.M. & Alloy, L.B. (2009). A roadmap to rumination: a review of the definition, assessment and conceptualization of this multifaceted construct. *Clinical Psychology Review*, 29, 116-128. Doi:10.1016/j.cpr.2008.10.003
- Smolak, L. & Murnen, S. (2001). Gender and eating problems. In R.H. Striegel-Moore and L. Smolak (Eds.), *Eating disorders: Innovative directions in Research and practice* (pp. 91-110). Washington, DC: American Psychological Association.
- Smolak, L. & Murnen, S. (2004). A feminist approach to eating disorders. In J. K. Thompson (Ed.), *Handbook of eating disorders and obesity* (pp. 590-606). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Smolak, L. & Murnen, S. (2008). Drive for leanness: Assessment and relationship to gender, gender role and objectification. *Body Image*, 5 (3), 251-260. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2008.03.004>
- Sanderson, S., & Thompson, V. L. S. (2002). Factors associated with perceived paternal involvement in childrearing. *Sex Roles*, 46(3-4), 99-111. <https://doi.org/10.1023/a:1016569526920>
- Somers, J.M., Goldner, E.M., Waraich, P., & Hsu, L. (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: Review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 100-113. <https://doi.org/10.1177/070674370605100206>

- Soares, J. J., & Öhman, A. (1993). Preattentive processing, preparedness and phobias: Effects of instruction on conditioned electrodermal responses to masked and non-masked fear-relevant. *Behaviour Research and Therapy*, 31(1), 87-95. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(93\)90046-w](https://doi.org/10.1016/0005-7967(93)90046-w)
- Spada, M. M., Nikčević, A. V., Moneta, G. B., & Wells, A. (2008). Metacognition, perceived stress, and negative emotion. *Personality and Individual Differences*, 44(5), 1172-1181. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.11.010>
- Spence, J. T., Helmreich, R. L., & Stapp, J. (1974). The Personal Attributes Questionnaire: A measure of sex role stereotypes and masculinity-femininity. Journal Supplement Abstract Service, *American Psychological Association*. <https://doi.org/10.1037/t02466-000>
- Spence, J. T., Helmreich, R., & Stapp, J. (1975). Ratings of self and peers on sex role attributes and their relation to self-esteem and conceptions of masculinity and femininity. *Journal of personality and social psychology*, 32(1), 29. <https://doi.org/10.1037/h0076857>
- Spencer, C. D. (1978). Two types of role playing: Threats to internal and external validity. *American Psychologist*, 33(3), 265. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.33.3.265>
- Spence, J. T. (1985). Gender Identity and its implications for concepts of masculinity and femininity. In T. Sondregger (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation* (pp. 59-95). Lincoln NE: University of Nebraska Press.
- Spence, J. T. & Buckner, C.E. (2000). Instrumental and expressive traits, trait stereotypes, and sexist attitudes: what do they signify? *Psychology of Women Quarterly*, 24 (1), 44-53. <http://10.1111/j.1471-6402.2000.tb01021.x>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). Manual for the state-trait anxiety inventory.
- Spielberger, C. & Reheiser, E. (2009). Assessment of emotions: anxiety, anger, depression, and curiosity. *Applied Psychology: Health and Well-Being* 1, 271-302. <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2009.01017.x>
- Steptoe, A., & Marmot, M. (2002). The role of psychobiological pathways in socio-economic inequalities in cardiovascular disease risk. *European heart journal*, 23(1), 13-25. <https://doi.org/10.1053/euhj.2001.2611>
- Strauss, J., Muday, T. McNall, K. & Wong, M. (1997). Response Style Theory Revisited: Gender differences and stereotypes in Rumination. *Sex Roles*, 36, 771-792. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1025679223514>

- Styanova, M., & Hope, D.A. (2012). Gender, gender roles, and anxiety: perceived confirmability of self-report, behavioral avoidance, and physiological reactivity. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 206-214. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.11.006>
- Sugihara, Y., Sugisawa, H., Shibata, H., & Harada, K. (2008). Productive roles, gender, and depressive symptoms: Evidence from a national longitudinal study of late-middle-aged japanese. *The Journal of Gerontology*, 63 B (4), 227-234. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/63.4.P227>
- Tajfel, H. (1984). *Grupos humanos y categorías sociales: estudios de psicología social*. Editorial Herder.
- Tallis, F., & Eysenck, M. W. (1994). Worry: Mechanisms and modulating influences. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 22(01), 37-56. <https://doi.org/10.1017/s1352465800011796>
- Tamres, L. K., Janicki, D., & Helgeson, V. S. (2002). Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review and an examination of relative coping. *Personality and social psychology review*, 6(1), 2-30. [10.1207/S15327957PSPR0601_1](https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0601_1)
- Taylor, S., & Asmundson, G. (2004). *Treating health anxiety*. New York: Guilford Press.
- Thayer, J. F., & Johnsen, B. H. (2000). Sex differences in judgement of facial affect: A multivariate analysis of recognition errors. *Scandinavian Journal of Psychology*, 41, 243–246. <https://doi.org/10.1111/1467-9450.00193>
- Thayer, J.F., Rossy, L.A, Ruiz-Padial, E. & Johnsen, B.H. (2003). Gender differences in the relationship between emotional regulation and depressive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 27 (3), 349-364. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1023922618287>
- Thompson, R.A., Lewis, M.D., & Calkins, S.D. (2008). Reassessing emotion regulation. *Child Development Perspectives*, 2(3), 124-131. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2008.00054.x>
- Thompson, R., Mata, J.; Jaeggi, S, Buschkuhl, M; Jonides, J. & Gotlib, I. (2010). Maladaptive coping, adaptive coping, and depressive symptoms: variations across age and depressive state. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 459-466. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.01.007>
- Thompson, R.A. (2011). Emotion and emotion regulation: Two sides of the developing coin. *Emotion Review*, 3(1), 53-61. <https://doi.org/10.1177/1754073910380969>

- Thoits, P. A. (1983). Multiple identities and psychological well-being: A reformulation and test of the social isolation hypothesis. *American sociological review*, 174-187. <https://doi.org/10.2307/2095103>
- Torres, G. H. (2008). Adaptación al castellano de un instrumento para evaluar el estilo rumiativo. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 13(2), 111-121. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.13.num.2.2008.4054>
- Toro, R., Arias, A., & Avella, S. (2013). Procesamiento de información congruente sociotrópica y autonómica en sujetos con sintomatología depresiva y ansiosa. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 4(1), 31-40. ISSN 2216-0701. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4815160.pdf>
- Trapnell, P. D., & Campbell, J. D. (1999). Private self-consciousness and the five-factor model of personality: distinguishing rumination from reflection. *Journal of personality and social psychology*, 76(2), 284. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.76.2.284>
- Treynor, W., Gonzalez, R. & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27 (3), 247-259. <https://doi.org/10.1023/a:1023910315561>
- Turner, L & McLaren S. (2011). Social support and sense of belonging as protective factor in the rumination-depressive symptoms relation among Australian women. *Women Health*, 51, 151-167. <https://doi.org/10.1080/03630242.2011.558004>
- Turner, R. J., & Avison, W. R. (1989). Gender and depression: assessing exposure and vulnerability to life events in a chronically strained population. *The Journal of nervous and mental disease*, 177(8), 443-455. <https://doi.org/10.1097/00005053-198908000-00001>
- Valls-Llobet, C., Ojuel-Solsona, J., López-Carrillo, M. & Fuentes-Pujol, M. (2007). Manifestación y medicalización del malestar de las mujeres. En Colomer- Revuelta, C. & Sánchez-López, M. (Dir.), *Programa de formación de formadores/as en perspectiva de género en salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo y Universidad Complutense de Madrid.
- Valls-Llobet, C., Banqué, M., Fuentes, M., & Ojuel, J. (2008). Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres. *Anuario de Psicología*, 39 (1), 9-22.
- Van Diest, I., De Peuter, S., Eertmans, A., Bogaerts, K., Victoir, A., & Van den Bergh, O. (2005). Negative affectivity and enhanced symptom reports: Differentiating between symptoms in men and women. *Social Science & Medicine*, 61(8), 1835-1845. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.03.031>

- Vanderhasselt, M. A., Brose, A., Koster, E. H., & De Raedt, R. (2016). Co-variation between stressful events and rumination predicts depressive symptoms: An eighteen months prospective design in undergraduates. *Behaviour Research and Therapy*, 87, 128-133. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.09.003>
- Vázquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L., & Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Psicología conductual*, 18(1), 139. Extraído de <http://search.proquest.com/openview/31b608122f3d18dbfbb77517e5ae58b3/1?pq-origsite=gscholar&cbl=966333>
- Vázquez, C. & Sanz, J. (1996). Trastornos del estado del ánimo: Aspectos clínicos. En Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (Eds.), *Manual de psicopatología* (2). Madrid: McGraw-Hill.
- Vázquez, C., & Sanz, J. (1991). Trastornos depresivos (I): Datos clínicos y modelos teóricos. En A. Belloch & E. Ibañez (Eds.), *Manual de Psicopatología* (Vol.2, p 717-784). Valencia: Promolibro. ISBN:84-7986-000-6
- Vázquez, C. & Sanz, J. (2008). Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos. En A. Belloch, B. Sandín, y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología*. Vol. 2, 2ª ed. revisada (pp. 233-269). Madrid: MacGraw Hill
- Verbrugge, L. M. (1982). Work satisfaction and physical health. *Journal of Community Health*, 7(4), 262–283. doi:10.1007/bf01318959
- Verbrugge, L.M. (1989). The Twain Meet: Empirical Explanations of Sex Differences in Health and Mortality. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 282-304. <http://www.jstor.org/stable/2136961> .
- Alvarez-Icaza, M. A. V., Gómez-Maqueo, E. L., & Patiño, C. D. (2004). La influencia de la autoestima en la percepción del estrés y el afrontamiento en niños de edad escolar. *Salud Mental*, 27(4), 18-25.
- Vergara, A. & Páez, D. (1993). Revisión teórico-metodológica de los instrumentos para la medición de la identidad de género. *Revista de Psicología Social*, 8, 133-152. <https://doi.org/10.1080/02134748.1993.10821675>
- Wahl, K., Ertle, A., Bohne, A. Zurowski, B. & Kordon, A. (2011). Relations between a ruminative Thinking style and obsessive-compulsive symptoms in non-clinical samples. *Anxiety Stress Coping*, 24 (2), 217-225. <https://doi.org/10.1080/10615806.2010.482985>
- Watkins, E., & Baracaia, S. (2001). Why do people ruminate in dysphoric moods? *Personality and individual differences*, 30(5), 723-734. [https://doi.org/10.1016/s0191-8869\(00\)00053-2](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(00)00053-2)

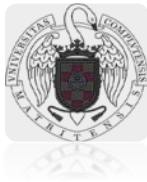
- Watkins, E., & Teasdale, J. D. (2004). Adaptive and maladaptive self-focus in depression. *Journal of affective disorders*, 82(1), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.10.006>
- Watkins, E., Scott, J., Wingrove, J., Rimes, K., Bathurst, N., Steiner, H., Kennell-Webb, S, Moulds, M. & Malliaris, Y. (2007). Rumination-focused cognitive behaviour Therapy for residual depression: a case series. *Behaviour Research and Therapy*, 45 (9), 2144-2154. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2006.09.018>
- Watkins, E. & Moulds, M.L. (2007). Reduced concreteness of Rumination in depression: a pilot study. *Personality and Individual Differences*, 43 (6), 1386-1395. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2007.04.007>
- Watkins, E.R. (2009). Depressive rumination and co-morbidity: evidence for brooding as a transdiagnostic process. *Journal of Rational and Emotional Cognitive Behavioral Therapy*, 27,160–175. Doi: 10.1007/s10942-009-0098-9
- Watson, D., Clark, L.A. & Stasik, S.M. (2011). Emotions and the emotional Disorders: A quantitative hierarchical perspective. *Internatinonal Journal of Clinical and Health Psychology*, 11 (3), 429-442. http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-386.pdf
- Wang K, Lu H, Cheung EFC, Neumann DL, Shum DHK and Chan RCK (2016) “Female Preponderance” of Depression in Non-clinical Populations: A Meta-Analytic Study. *Front. Psychol.* 7:1398. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01398>
- Weiner, B., Perry, R. P., & Magnusson, J. (1988). An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of personality and social psychology*, 55(5), 738. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.55.5.738>
- Weissman, A. N., & Beck, A. T. (1978). Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation. <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED167619.pdf>
- Weissman, M.M. & Klerman, G. L. (1977). Sex differences and the epidemiology of depression. *Archives of General Psychiatry*, 34 (1), 98-111. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1977.01770130100011>
- Wells, A. & Matthews, G. (1994). *Attention and Emotion: A Clinical Perspective*. Hove, UK: Lawrence Erlbaum.
- Wells, A. (1994). Attention and the control of worry. In G. C. L. Davey & F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment* (pp. 91-114). New York: Wiley.

- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301-320. <https://doi.org/10.1017/s1352465800015897>
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). Attention and emotion: A clinical perspective. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Whitmer, A., & Gotlib, I. H. (2011). Brooding and reflection reconsidered: A factor analytic examination of rumination in currently depressed, formerly depressed, and never depressed individuals. *Cognitive Therapy and Research*, 35(2), 99-107. <https://doi.org/10.1007/s10608-011-9361-3>
- Wood, W. (1987). Meta-analytic review of sex differences in group performance. *Psychological Bulletin*, 102, 53-71. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.102.1.53>
- Wupperman, P. & Neumann, C.S. (2006). Depressive symptoms as a function of sex-role, rumination and neuroticism. *Personality and Individual Differences*, 40 (2), 189-201. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2005.05.017>
- Wilhelm, K., Parker, G. & Asghari, A. (1997). Sex differences in the experience of depressed mood state over fifteen years. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 33 (1), 16-20 doi:10.1007/s001270050016
- Williams, J.E., & Best, D.L. (1990). Measuring sex stereotyping: A multinational study. Newbury Park, CA: Sage
- Wisco, B. E., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Interpretation bias and depressive symptoms: The role of self-relevance. *Behaviour research and therapy*, 48(11), 1113-1122. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.08.004>
- Worell, J., & Johnson, D. M. (2001). Feminist approaches to psychotherapy. *Encyclopedia of women and gender: Sex similarities and differences and the impact of society on gender*, 2, 425-437. <https://doi.org/10.5860/choice.39-3159>
- Yoder, J.D. & Lawrence, C.L. (2011). Are gender differences in self-report rumination explained by women's stereotyping? *Sex Roles*, 65, 94-101. Doi. 10.1007/s11199-010-9913-0
- Young, J.E. (1990,1999). Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach (revised edition). Professional Resource Press, PO Box 15560, Sarasota, Florida, 34277.
- Young, E., & Korszun, A. (2010). Sex, trauma, stress hormones and depression. *Molecular Psychiatry*, 15, 23-28. <http://dx.doi.org/10.1038/mp.2009.94>

- Zajonc, R.B. (1980). Feeling and thinking: preferences need no inferences. *American Psychologist*, 35 (2), 151-175. 0003 -066X/80/3 S02-0151
- Zajonc, R. B., & Markus, H. (1985). Must All Affect Be Mediated by Cognition? *Journal of Consumer Research*, 12(3), 363. doi:10.1086/208523
- Zalta, A.K. & Chambless, D.L. (2008). Exploring sex differences in worry with a cognitive vulnerability model. *Psychology of Women Quarterly*, 32, 469-482. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6402.2008.00459.x>
- Zalta, A., & Chambless, D. (2012). Understanding gender differences in anxiety: The mediating effects of instrumentality and mastery. *Psychology of Women Quarterly*, 12. <http://dx.doi.org/10.1177/0361684312450004>
- Zlotnick, C., Shea, M. T., Pilkonis, P. A., Elkin, I., & Ryan, C. (1996). Gender, type of treatment, dysfunctional attitudes, social support, life events, and depressive symptoms over naturalistic follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 153(8), 1021-1027. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.8.1021>
- Zosuls, K., Miller, C., Rublo, D., Martin, C. & Farbes, R. (2011). Gender Development Research in Sex Roles: Historical Trends and Future Directions. *Sex Roles*, 64, 826-842. <https://doi.org/10.1037/e519192012-007>
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of abnormal psychology*, 86(2), 103. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.86.2.103>



Anexos



*Proyecto de investigación:
Procesos psicológicos, emociones y género*

Solicitud de Autorización

Yo, Marta A. Giménez Páez, Psicóloga del Servicio Global de Psicología de HP, con DNI xxxxxx y número de identificación de empleada xxxxx, solicito autorización para realizar una encuesta online a las empleadas de HP, que formará parte de mi tesis doctoral, que se describe a continuación.

Título del estudio:

“Factores psicológicos de vulnerabilidad al estrés en mujeres”

Objetivo general:

Estudiar la influencia de creencias asociadas tradicionalmente a la feminidad que contribuyen a una mayor ejecución de rumiaciones y preocupación. Estos procesos cognitivos se asocian a un incremento de la sintomatología ansiosa y depresiva así como el riesgo a padecer trastornos emocionales relacionados con vulnerabilidad al estrés.

La finalidad de este estudio es contribuir a promover intervenciones psicoterapéuticas y socioeducativas, que desde un enfoque transdiagnóstico, incluyan la perspectiva de género, y contribuyan a la eliminación de desigualdades evitables de vulnerabilidad psicológica en el ámbito de la regulación emocional y estilos de afrontamiento de situaciones potencialmente generadoras de estrés y así, contribuir a la potenciación de niveles óptimos de salud psicológica en las personas.

Responsable de la investigación:

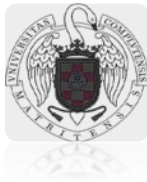
Lic. Marta A. Giménez Páez

[Psicóloga Sanitaria y Máster Oficial en Salud y Mujeres (Facultad de Psicología de la UCM)].

Este estudio se enmarca dentro de las líneas de investigación del Grupo de Investigación “Estilos psicológicos, Género y Salud” de la Universidad Complutense de Madrid y forma parte de la Tesis Doctoral sobre “Procesos cognitivos, emociones y género” que actualmente realizo en la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid dirigida por la Dra. Marta Evelia Aparicio García.

Desde 2013 formo parte del equipo técnico de psicólogos responsables de la implementación y realización del Programa Global de Atención Psicología de HP, a través de Idealoga S. Coop. Mad., formando parte de la plantilla de empleados contingentes de HP en la actualidad.

Asimismo, soy miembro de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS), Colegio Oficial de Psicólogos, Red de Investigadores y profesionales de la Salud HYGEIA (Universidad Complutense de Madrid)



*Proyecto de investigación:
Procesos psicológicos, emociones y género*

Justificación:

La naturaleza del estudio, requiere obtener información en las distintas variables objeto de análisis, procedente de personas de la población general que sea representativa y compartan características en relación a las demandas y situaciones potencialmente generadoras de estrés y así constituir una muestra homogénea.

Las empleadas que realizan su actividad laboral en el contexto de Empresas de HP comparten elementos asociados a la prestación de servicios y el alto rendimiento en distintos puestos puestos y funciones laborales. En este sentido, el conjunto de empleadas de HP, ofrece un marco ideal para desarrollar este estudio exploratorio, descriptivo y correlacional.

Además, elementos que me animan a solicitar autorización para llevar a cabo esta investigación, destacan los siguientes:

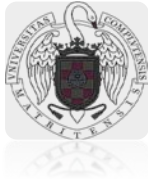
- El interés manifiesto por los y las responsables de Recursos Humanos, Servicio Médico y Prevención de Riesgos Psicosociales en el marco de la prevención de riesgos psicosociales de HP.
- Número de empleadas que conforman la plantilla en distintos centros de HP en España.
- Perfil de las empleadas: personas con conocimientos y acceso a internet, que facilita la recogida de información.

Asimismo, las potencialidades que emergen para la mejora y optimización del servicio de atención psicológica dentro del Programa Global de Atención Psicológica de HP son:

- Conocer variables relevantes que afectan la percepción de estrés en las empleadas.
- Diseñar intervenciones eficaces basadas en la evidencia científica.
- Innovación en la prevención y reducción de estrés de las empleadas.

Muestreo:

La recogida de información se realizaría a través de una serie de cuestionarios en formato online, para facilitar su participación y garantizar la confidencial y protección de datos conforme a la ley vigente (Ley 15/1999 de diciembre). Los datos serán tratados siempre de forma anónima y en ningún momento se transmitirán a terceros ni a ninguna institución pública o privada sin un consentimiento expreso y por escrito de la persona participante.



*Proyecto de investigación:
Procesos psicológicos, emociones y género*

Sin otro particular y a la espera de una respuesta, quedo a vuestra disposición para ampliar cualquier información que consideren necesaria, agradeciendo ya su atención.

Un saludo cordial,

Madrid, 1 de diciembre de 2014

Datos demográficos

Sexo.*

- ☐ Hombre
- ☐ Mujer

Edad.***Nivel de estudios.***

- ☐ Sin estudios.
- ☐ Educación básica.
- ☐ Educación secundaria.
- ☐ Formación profesional (FP)
- ☐ Estudios universitarios.
- ☐ Máster y/o Doctorado.

Estado Civil.*

- ☐ Casada.
- ☐ Divorciada.
- ☐ Viuda.
- ☐ Separada.
- ☐ Pareja de hecho.
- ☐ Soltera
- ☐ Otro:

Situación laboral.*

- ☐ Empleada Media Jornada.
- ☐ Empleada Jornada Completa.
- ☐ Empleada Jornada Reducida.
- ☐ Desempleada

Nivel de ingresos (euros anuales)*

- ☐ Menos de 12.000
- ☐ 12.001-20.000
- ☐ 20.001-24.000
- ☐ 24.001-36.000

- ☐ Mas 36.000
- ☐ Ningún ingreso

Tiene familiares a su cargo *

- ☐ No
- ☐ Sí, hijos/as
- ☐ Sí, familiares mayores

Pais de origen *

- ☐ España
- ☐ Europa (Lugar diferente a España)
- ☐ América del Norte
- ☐ América Central
- ☐ América del Sur
- ☐ Asia
- ☐ África
- ☐ Oceanía
- ☐ Otro:

Página 4 de 11

[Añadir elemento](#)

Después de la página 3

[Ir a la página siguiente](#)**Tipo de trabajo:***

- ☐ Técnico.
- ☐ Oficina.
- ☐ Atención a clientes.
- ☐ Otros.

Página 5 de 11

[Añadir elemento](#)

GHQ-12

Nos gustaría saber si usted ha tenido algunas molestias o trastornos y cómo ha estado su salud en los últimos 30 días. Por favor, marque la casilla correspondiente a su respuesta. Solo hay una respuesta por pregunta.

1. ¿Has podido concentrarte bien en lo que has hecho?*

- ☐ Mejor que habitualmente
- ☐ Igual que habitualmente

- ☐ Menos que habitualmente
- ☐ Mucho menos que habitualmente

2. ¿Tus preocupaciones te han hecho perder mucho el sueño?*

- ☐ En absoluto
- ☐ No mas que habitualmente
- ☐ Un poco más que habitualmente
- ☐ Mucho más que habitualmente

3. ¿Has sentido que tienes un papel útil en la vida?*

- ☐ Más que habitualmente
- ☐ Igual que habitualmente
- ☐ Menos que habitualmente
- ☐ Mucho menos que habitualmente

4. ¿Te has sentido capaz de tomar decisiones?

- ☐ más que habitualmente
- ☐ igual que habitualmente
- ☐ menos que habitualmente
- ☐ mucho menos que habitualmente

5. ¿Te has notado constantemente cargada y en tensión?*

- ☐ En absoluto
- ☐ No más que habitualmente
- ☐ Un poco más que habitualmente
- ☐ Mucho más que habitualmente

6. ¿Has tenido la sensación de que no puedes superar las dificultades?*

- ☐ En absoluto
- ☐ No más que habitualmente
- ☐ Un poco más que habitualmente
- ☐ Mucho más que habitualmente

7. ¿Has sido capaz de disfrutar de las actividades diarias?*

- ☐ Más que habitualmente
- ☐ Igual que habitualmente
- ☐ Menos capaz que habitualmente
- ☐ Mucho menos capaz que habitualmente

8. ¿Has sido capaz de afrontar adecuadamente los problemas?*

- ☐ Más capaz que habitualmente
- ☐ Igual que habitualmente
- ☐ Menos capaz que habitualmente
- ☐ Mucho menos capaz

9. ¿Te has sentido poco feliz y deprimida?*

- ☐ En absoluto
- ☐ No más que habitualmente
- ☐ Un poco más que habitualmente
- ☐ Mucho más que habitualmente

10. ¿Has perdido la confianza en ti misma?*

- ☐ En absoluto
- ☐ No más que habitualmente
- ☐ Un poco más que habitualmente
- ☐ Mucho más que habitualmente

11. ¿Has pensado que eres una persona que no sirve para nada?*

- ☐ En absoluto
- ☐ No más que habitualmente
- ☐ Un poco más que habitualmente
- ☐ Mucho más que habitualmente

12. ¿Te has sentido razonablemente feliz, considerando todas las circunstancias?*

- ☐ Más que habitualmente
- ☐ Aproximadamente lo mismo que habitualmente
- ☐ Menos que habitualmente
- ☐ Mucho menos que habitualmente

Página 6 de 11

Añadir elemento

PSE

Las preguntas que aparecen a continuación hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el último mes. En cada caso, por favor indique el número que corresponde a cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

1= Nunca 2= Casi nunca 3= De vez en cuando 4= A menudo 5= Muy a menudo

1. ¿Con qué frecuencia ha estado afectada por algo que ha ocurrido

inesperadamente?*

1 2 3 4 5

Nunca ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy a menudo

2.¿Con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?*

1 2 3 4 5

Nunca ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy a menudo

3.¿Con qué frecuencia se ha sentido nerviosa o estresada?*

1 2 3 4 5

Nunca ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy a menudo

4. ¿Con qué frecuencia ha estado segura sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?*

1 2 3 4 5

Nunca ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy a menudo

5.¿Con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien? *

1 2 3 4 5

Nunca ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy a menudo

6.¿Con qué frecuencia ha sentido que no ha podido afrontar todas las cosas que tenía que hacer? *

1 2 3 4 5

Nunca ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy a menudo

7. ¿Con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida? *

1 2 3 4 5

Nunca ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy a menudo

8.¿Con qué frecuencia se ha sentido al control de todo? *

1 2 3 4 5

Nunca ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy a menudo**9.¿Con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?***

1 2 3 4 5

Nunca ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy a menudo**10.¿Con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas? ***

1 2 3 4 5

Nunca ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy a menudo

Página 7 de 11

Añadir elemento

RSS

Las personas piensan y hacen distintas cosas cuando se sienten tristes, deprimidas o abatidas.

Por favor lee cada una de las frases a continuación y rodea con un círculo si nunca, algunas veces, a menudo o siempre piensas o actúas de esa manera cuando estás abatida, agobiada, triste o deprimida.

Por favor, indica lo que generalmente haces, no lo que crees que deberías hacer

1 = Casi nunca 2 = Algunas veces 3 = A menudo 4 = Casi siempre

1. Piensas en lo sola que te sientes.*

1 2 3 4

Casi nunca ☐ ☐ ☐ ☐ Casi siempre**2. Piensas “No seré capaz de hacer mi trabajo/tarea si no soy capaz de quitarme esto de encima”.***

1 2 3 4

Casi nunca ☐ ☐ ☐ ☐ Casi siempre**3. Piensas en tus sensaciones de fatiga y molestias.***

1 2 3 4

Casi nunca ☐ ☐ ☐ ☐ Casi siempre

4. Piensas en lo duro que te resulta concentrarte.*

1 2 3 4

Casi nunca ☐ ☐ ☐ ☐ Casi siempre

5. Piensas: “¿Qué he hecho yo para merecerme esto?”*

1 2 3 4

Casi nunca ☐ ☐ ☐ ☐ Casi siempre

6. Piensas en lo pasiva y desmotivada que te sientes.*

1 2 3 4

Casi nunca ☐ ☐ ☐ ☐ Casi siempre

7. Analizas los sucesos recientes para entender por qué estás deprimida.*

1 2 3 4

Casi nunca ☐ ☐ ☐ ☐ Casi siempre

8. Piensas acerca de cómo pareces no sentir ya nada.*

1 2 3 4

Casi nunca ☐ ☐ ☐ ☐ CAsi siempre

9. Piensas “¿Por qué no puedo conseguir hacer las cosas?”.*

1 2 3 4

Casi nunca ☐ ☐ ☐ ☐ Casi siempre

10. Piensas “¿Por qué siempre reacciono de esta forma?”.*

1 2 3 4

Casi nunca ☐ ☐ ☐ ☐ Casi siempre

11. Te vas por ahí sola y piensas en por qué te sientes así.*

1 2 3 4

Casi nunca ☐ ☐ ☐ ☐ Casi siempre

12. Escribes lo que estás pensando y lo analizas.*

1 2 3 4

Casi nunca ☐ ☐ ☐ ☐ Casi siempre

13. Piensas acerca de una situación reciente, anhelando que hubiera ido mejor.*

1 2 3 4

Casi nunca ☐ ☐ ☐ ☐ Casi siempre

14. Piensas: “No seré capaz de concentrarme si continúo sintiéndome de esta manera”.*

1 2 3 4

Casi nunca ☐ ☐ ☐ ☐ Casi siempre

15. Piensas “Por qué tengo problemas que el resto de las personas no tienen”.*

1 2 3 4

Casi nunca ☐ ☐ ☐ ☐ Casi siempre

16. Piensas: “¿Por qué no puedo controlar las cosas mejor?”.**

1 2 3 4

Casi nunca ☐ ☐ ☐ ☐ Casi siempre

17. Piensas en lo triste que te sientes.*

1 2 3 4

Casi nunca ☐ ☐ ☐ ☐ Casi siempre**18. Piensas sobre todos tus defectos, debilidades, fallos y equivocaciones.***

1 2 3 4

Casi nunca ☐ ☐ ☐ ☐ Casi siempre**19. Piensas sobre cómo no te apetece hacer nada.***

1 2 3 4

Casi nunca ☐ ☐ ☐ ☐ Casi siempre**20. Analizas tu forma de ser para intentar comprender por qué estás deprimida.***

1 2 3 4

Casi nunca ☐ ☐ ☐ ☐ Casi siempre**21. Te vas sola a algún sitio para pensar sobre cómo te sientes.***

1 2 3 4

Casi nunca ☐ ☐ ☐ ☐ Casi siempre**22. Piensas en cómo estás de irritada contigo misma.***

1 2 3 4

Casi nunca ☐ ☐ ☐ ☐ Casi siempre

Añadir elemento

DAS

Por favor, señale en qué grado está de acuerdo con estas actitudes. Asegúrese de elegir sólo una respuesta para cada frase. No hay respuestas “acertadas” ni “equivocadas”. Sólo queremos saber qué es lo que usted piensa acerca de estos temas.

1= Completamente de acuerdo 2=Moderadamente de acuerdo 3= Dudoso 4= Moderadamente en desacuerdo 5= Totalmente en desacuerdo

1. Ser criticada hace que la gente se sienta mal*

1 2 3 4 5

Completamente de acuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente en desacuerdo

2. Es mejor que renuncie a mis propios intereses para agradar a otras personas*

1 2 3 4 5

Completamente de ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Completamente en
acuerdo desacuerdo

3. Para ser feliz necesito que otras personas me aprueben*

1 2 3 4 5

Completamente de ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Completamente en
acuerdo desacuerdo

4. Si alguien importante para mí espera que yo haga algo determinado, debo hacerlo.*

1 2 3 4 5

completamente de ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ completamente en
acuerdo desacuerdo

5. Mi valor como persona depende, en gran medida, de lo que los demás piensen de mí.*

1 2 3 4 5

Completamente de ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Completamente en
acuerdo desacuerdo

6. No puedo ser feliz si no me ama alguien*

1 2 3 4 5

Completamente de ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Completamente en
acuerdo desacuerdo

7. Si a otras personas no les gustas, serás menos feliz*

1 2 3 4 5

Completamente de
acuerdo



Completamente en
desacuerdo

8. Si la gente que me importa me rechaza, es porque me estoy equivocando en algo*

1 2 3 4 5

Completamente de
acuerdo



Completamente en
desacuerdo

9. Si una persona a la que amo, no me corresponde, es que soy poco interesante.*

1 2 3 4 5

Completamente de
acuerdo



Completamente en
desacuerdo

10. El aislamiento social conduce a la infelicidad*

1 2 3 4 5

Completamente de
acuerdo



Completamente en
desacuerdo

11. Para considerarme una persona digna debo destacar, al menos, en algún área importante de mi vida.*

1 2 3 4 5

Completamente de
acuerdo



Completamente en
desacuerdo

12. Debo ser útil, productiva o creativa, o la vida no tiene sentido.*

1 2 3 4 5

Completamente de
acuerdo



Completamente en
desacuerdo

13. Las personas que tienen buenas ideas son más dignas que las que no las tienen*

1 2 3 4 5

Completamente de
acuerdo



Completamente en
desacuerdo

14. No hacer las cosas tan bien como los demás significa ser inferior*

1 2 3 4 5

Completamente de
acuerdo



Completamente en
desacuerdo

15. Si fallo en mi trabajo soy una fracasada*

1 2 3 4 5

Completamente de
acuerdo



Completamente en
desacuerdo

16. Si no puedo hacer algo bien, es mejor que lo deje*

1 2 3 4 5

Completamente de
acuerdo



Completamente en
desacuerdo

17. Es vergonzoso exhibir las debilidades de una*

1 2 3 4 5

Completamente de
acuerdo



Completamente en
desacuerdo

18. Cualquier persona debería intentar ser la mejor en todo lo que hace*

1 2 3 4 5

Completamente de
acuerdo



Completamente en
desacuerdo

19. Si cometo un error, debo sentirme mal*

1 2 3 4 5

Completamente de
acuerdo



Completamente en
desacuerdo

20. Si no tengo metas elevadas es posible que acabe siendo una segundona*

1 2 3 4 5

Completamente de
acuerdo



Completamente en
desacuerdo

21. Si creo firmemente que merezco algo, tengo razones para esperar conseguirlo

1 2 3 4 5

Completamente de
acuerdo



Completamente en
desacuerdo

22. Si encuentras obstáculos para conseguir lo que deseas, es seguro que te sentirás frustrada*

1 2 3 4 5

Completamente de
acuerdo



Completamente en
desacuerdo

23. Si antepongo las necesidades de los demás a las mías, me ayudarán cuando necesite algo de ellos*

1 2 3 4 5

Completamente de
acuerdo



Completamente en
desacuerdo

24. Si soy una buena esposa mi cónyuge o pareja debe amarme*

1 2 3 4 5

Completamente de
acuerdo



Completamente en
desacuerdo

25. Si hago cosas agradables para los demás, ellos me respetarán y me tratarán tan bien como yo les trato*

1 2 3 4 5

Completamente de
acuerdo



Completamente en
desacuerdo

26. Debo asumir responsabilidades de cómo se comporta y siente la gente que está cercana a mí*

1 2 3 4 5

Completamente de
acuerdo



Completamente en
desacuerdo

27. Si critico a alguien por su forma de hacer algo y se enfada o se deprime, esto quiere decir que le he molestado*

1 2 3 4 5

Completamente de
acuerdo



Completamente en
desacuerdo

28. Para ser una buena persona, valiosa, moral, tengo que tratar de ayudar a cualquiera que lo necesite*

1 2 3 4 5

Completamente de
acuerdo



Completamente en
desacuerdo

29. Si un niño/a tiene dificultades de tipo emocional o conductual, esto significa que sus padres han fallado en algo importante*

1 2 3 4 5

Completamente de
acuerdo



Completamente en
desacuerdo

30. Tengo que ser capaz de agradar a todo el mundo*

1 2 3 4 5

Completamente de
acuerdo



Completamente en
desacuerdo

31. No creo que pueda controlar mis sentimientos si me ocurre algo malo*

1 2 3 4 5

Completamente de
acuerdo



Completamente en
desacuerdo

32. No tiene sentido el tratar de cambiar las emociones desagradables, puesto que son parte válida e inevitable de la vida diaria*

1 2 3 4 5

Completamente de
acuerdo



Completamente en
desacuerdo

33. Mi estado de ánimo se debe, fundamentalmente, a factores que están fuera de mi control, tales como el pasado*

1 2 3 4 5

Completamente de
acuerdo



Completamente en
desacuerdo

34. Mi felicidad depende, en gran medida, de lo que suceda*

1 2 3 4 5

Completamente de
acuerdo



Completamente en
desacuerdo

35. La gente señalada con las marcas del éxito (aprobación social, riqueza, fama) está destinada a ser más feliz que aquellas personas que no presentan estas marcas*

1 2 3 4 5

Completamente de
acuerdo



Completamente en
desacuerdo

Añadir elemento

Página 9 de 11

TMMS-24

A continuación encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase e indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale el número

correspondiente a la respuesta que más se aproxime a sus preferencias.
No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada respuesta.

1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Bastante de acuerdo 4= Muy de acuerdo
5= Totalmente de acuerdo

1.Presto mucha atención a los sentimientos.*

1 2 3 4 5

Nada de acuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

2. Normalmente me preocupo mucho por lo que siento. *

1 2 3 4 5

Nada de acuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

3.Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones. *

1 2 3 4 5

Nada de acuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

4.Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo*

1 2 3 4 5

Nada de acuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

5.Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.*

1 2 3 4 5

Nada de acuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

6.Pienso en mi estado de ánimo constantemente.*

1 2 3 4 5

Nada de acuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

7.A menudo pienso en mis sentimientos*

1 2 3 4 5

Nada de acuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

8. Presto mucha atención a cómo me siento*

1 2 3 4 5

Nada de acuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

9. Tengo claros mis sentimientos*

1 2 3 4 5

Nada de acuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

10. Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.*

1 2 3 4 5

Nada de acuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

11. Casi siempre sé cómo me siento*

1 2 3 4 5

Nada de acuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

12. Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas*

1 2 3 4 5

Nada de acuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

13. A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones*

1 2 3 4 5

Nada de acuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

14. Siempre puedo decir cómo me siento. *

1 2 3 4 5

Nada de acuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

15. A veces puedo decir cuáles son mis emociones. *

1 2 3 4 5

Nada de acuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

16. Puedo llegar a comprender mis sentimientos*

1 2 3 4 5

Nada de acuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

17. Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista*

1 2 3 4 5

Nada de acuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

18. Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables. *

1 2 3 4 5

Nada de acuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

19. Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida. *

1 2 3 4 5

Nada de acuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

20. Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal*

1 2 3 4 5

Nada de acuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

21. Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme*

1 2 3 4 5

Nada de acuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo**22.Me preocupo por tener un buen estado de ánimo***

1 2 3 4 5

Nada de acuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo**23. Tengo mucha energía cuando me siento feliz***

1 2 3 4 5

Nada de acuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo**24. Cuando estoy enfadada intento cambiar mi estado de ánimo***

1 2 3 4 5

Nada de acuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

Página 10 de 11

Añadir elemento

WW

A continuación encontrará una serie de afirmaciones y creencias sobre temas por los que la gente suele preocuparse. Por favor, lea atentamente cada una de ellas y conteste en qué medida es característico en usted. Siendo:

- 1= Nada característico en mi
- 2= Algo característico en mi
- 3= Bastante característico en mi
- 4= Muy característico en mi
- 5= Extremadamente característico en mi

1. Cuando estoy preocupada tengo la impresión de ser la única persona que tiene dificultades*

1 2 3 4 5

Nada característico en mi ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Extremadamente característico en mi

2. Preocuparme por cosas importantes me distrae de otros problemas emocionales en los que no quiero pensar*

1 2 3 4 5

Nada característico en mi ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Extremadamente característico en mi

3. Si me preocupo puedo encontrar una mejor manera de perfeccionarme como persona*

1 2 3 4 5

Nada característico en mi ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Extremadamente característico en mi

4. Me preocupo porque estoy acostumbrada a hacerlo*

1 2 3 4 5

Nada característico en mi ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Extremadamente característico en mi

5. Me preocupo porque me enseñaron a esperar lo peor*

1 2 3 4 5

Nada característico en mi ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Extremadamente característico de mi

6. Me preocupo porque si pasa lo peor, me sentiría culpable por no haberme preocupado*

1 2 3 4 5

Nada característico en mi ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Extremadamente característico en mi

7. Me preocupo para intentar proteger al mundo*

1 2 3 4 5

Nada característico en mi ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Extremadamente característico en mi

8. Si me preocupo, puedo encontrar una mejor forma de hacer las cosas*

1 2 3 4 5

Nada característico en mi ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Extremadamente característico en mi

9 .Me preocupo para intentar protegerme mejor*

1 2 3 4 5

Nada característico en mi ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Extremadamente característico en mi

10. Si no me preocupo y pasa lo peor, sería un fallo mío*

1 2 3 4 5

Nada característico en mi ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Extremadamente característico en mi

11. Me preocupo respecto al pasado con el propósito de aprender de mis errores*

1 2 3 4 5

Nada característico en mi ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Extremadamente característico en mi

12.Cuando me preocupo pienso que la vida parece mucho más fácil para otras personas que para mí*

1 2 3 4 5

Nada característico en mi ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Extremadamente característico en mi

13. Me preocupo para intentar tener mejor control sobre mi vida.*

1 2 3 4 5

Nada característico en mi ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Extremadamente característico en mi

14. Me preocupo porque si pasa lo peor, no sería capaz de afrontarlo*

1 2 3 4 5

Nada característico en mi ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Extremadamente característico en mi

15. Me preocupo con el propósito de evitarme disgustos*

1 2 3 4 5

Nada característico en mi ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Extremadamente característico en mi

16. Cuando me preocupo, me digo a mi misma que siempre debe de haber una solución para cada problema*

1 2 3 4 5

Nada característico en mi ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Extremadamente característico en mi

17. Me preocupo por muchas cosas sin importancia y así no pienso en cosas más importantes*

1 2 3 4 5

Nada característico en mi ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Extremadamente característico en mi

18. Preocupándome, puedo impedir que las cosas malas ocurran*

1 2 3 4 5

Nada característico en mi ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Extremadamente característico en mi

19. Incluso si sé que no es verdad, pienso que el preocuparme me ayuda a disminuir la probabilidad de que pase lo peor*

1 2 3 4 5

Nada característico en mi ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Extremadamente característico en mi

20. Si me preocupo menos tengo menos oportunidades de encontrar una solución mejor*

1 2 3 4 5

Nada característico en mi      Extremadamente característico en mi

21. Las principales fuentes de preocupación en mi vida actual se relacionan con: *

Puedes seleccionar más de una respuesta

- ☐ salud propia
- ☐ salud de familiares
- ☐ relación de pareja o ausencia de ella
- ☐ relaciones interpersonales (del trabajo y/o amistades)
- ☐ aspecto físico
- ☐ trabajo
- ☐ Otro:

Página 11 de 11

Añadir elemento

CFNI-40

Las siguientes páginas contienen una serie de afirmaciones sobre cómo las personas podrían pensar, sentirse o portarse. Las afirmaciones se han diseñado para medir actitudes, creencias y comportamientos asociados con los roles de género femeninos, tanto tradicionales como no tradicionales. Por ejemplo, las afirmaciones tratan de temas tales como el aspecto, cuidar a los demás, la sexualidad y las relaciones.

Pensando en tus propias acciones, sentimientos y creencias, por favor, indica en grado en que tú estás personalmente de acuerdo u en desacuerdo con cada afirmación, señalando:

1= Totalmente en desacuerdo 2=En desacuerdo 3= De acuerdo 4= Totalmente de acuerdo

No hay respuestas correctas ni incorrectas.

Debes dar la respuesta que mejor describe tus acciones, sentimientos y creencias personales. Al contestar, lo mejor es responder con tu primera impresión.

1. Sería más feliz si fuese más delgada. *

1 2 3 4

Totalmente en desacuerdo     Totalmente de acuerdo

2. Me sentiría extremadamente avergonzada si tuviera muchas parejas sexuales. *

1 2 3 4

Totalmente en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ Totalment de acuerdo

3. Cuando estoy en una relación romántica, le doy toda mi energía. *

1 2 3 4

Totalmente en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

4. Es importante mantener limpio el espacio donde se vive. *

1 2 3 4

Totalmente en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

5. Cuento mis logros a todo el mundo. *

1 2 3 4

Totalmente en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

6. Limpio mi casa regularmente. *

1 2 3 4

Totalmente en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

7. Creo que debo mantener mis amistades a toda costa. *

1 2 3 4

Totalmente en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

8. Me sentiría superficial si llevase maquillaje. *

1 2 3 4

Totalmente en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

9. Me siento bien conmigo misma cuando otras personas saben que me importan. *

1 2 3 4

Totalmente en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

10. Cuidar niños no es para mí. *

1 2 3 4

Totalmente en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

11. Me sentiría culpable si tuviera un encuentro sexual de una sola noche.

1 2 3 4

Totalmente en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

12. Cuando tengo éxito, se lo cuento a mis amigo/as. *

1 2 3 4

Totalmente en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

13. Mis planes vitales no dependen de tener una relación romántica.*

1 2 3 4

Totalmente en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

14. Disfruto empleando tiempo para que el lugar donde vivo tenga un aspecto agradable. *

1 2 3 4

Totalmente en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

15. Ser agradable con los demás es extremadamente importante. *

1 2 3 4

Totalmente en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

16. Paso más de 30 minutos al día arreglándome el pelo y el maquillaje*

1 2 3 4

Totalmente en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

17. La mayoría de la gente disfruta más que yo de los niños/as. *

1 2 3 4

Totalmente en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

18. Me gustaría perder algunos kilos.*

1 2 3 4

Totalmente en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

19. Odio contar mis logros a la gente. *

1 2 3 4

Totalmente en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

20. No he limpiado mi casa en la última semana. *

1 2 3 4

Totalmente en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

21. Por las mañanas me preparo sin mirarme mucho al espejo. *

1 2 3 4

Totalmente en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

22. Siempre quito importancia a mis logros. *

1 2 3 4

Totalmente en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

23. Es importante tener una relación romántica. *

1 2 3 4

Totalmente en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

24. Jamás me maquillo. *

1 2 3 4

Totalmente en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

25. Siempre intento hacer que los demás se sientan especiales. *

1 2 3 4

Totalmente en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

26. Cuidar niños/as da significado a la vida. *

1 2 3 4

Totalmente en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

27. Cambio de pareja sexual con frecuencia. *

1 2 3 4

Totalmente en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

28. No me da miedo contarle mis logros a la gente. *

1 2 3 4

Totalmente en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

29. Es importante tener un aspecto físico atractivo en público. *

1 2 3 4

Totalmente en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

30. Intento ser dulce y amable. *

1 2 3 4

Totalmente en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

31. Siempre estoy intentando perder peso. *

1 2 3 4

Totalmente en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

32. Sólo tendría sexo con la persona amada. *

1 2 3 4

Totalmente en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

33. Cuando estoy en una relación romántica, disfruto centrando mis energías en ella. *

1 2 3 4

Totalmente en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

34. No tiene sentido limpiar porque las cosas se vuelven a ensuciar. *

1 2 3 4

Totalmente en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

35. Cuidar niños/as me hace sentirme realizada. *

1 2 3 4

Totalmente en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

36. Estaría muy contenta conmigo misma aunque ganase peso. *

1 2 3 4

Totalmente en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

37. Sería agradable salir con más de una persona a la vez. *

1 2 3 4

Totalmente en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

38. Mi vida estaría completa sin una pareja.*

1 2 3 4

Totalmente en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

39. Ganar peso me da pánico.*

1 2 3 4

Totalmente en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

40. Me gusta estar cerca de niños/as.*

1 2 3 4

Totalmente en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

Añadir elemento ▼

Página de confirmación ▼

Mensaje de confirmación personalizado

- ☐ Mostrar enlace para enviar otra respuesta
- ☐ Publicar y mostrar un enlace público a los resultados del formulario
- ☐ Permitir que los encuestados editen las respuestas después de enviarlas

Enviar formulario

